

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A HUMANIZAÇÃO E A QUALIDADE NO ATENDIMENTO
HOSPITALAR ATRAVÉS DA ÓTICA DA PARCERIA: UMA
PROPOSTA À UNIMED FLORIANÓPOLIS**

ELISANDRA DOS ANJOS

Florianópolis, Setembro de 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A HUMANIZAÇÃO E A QUALIDADE NO ATENDIMENTO
HOSPITALAR ATRAVÉS DA ÓTICA DA PARCERIA: UMA
PROPOSTA À UNIMED FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social, pela acadêmica Elisandra dos Anjos.
Orientadora: Dirce Maria Martinello.

Florianópolis, Setembro de 2002.

ELISANDRA DOS ANJOS


A HUMANIZAÇÃO E A QUALIDADE NO ATENDIMENTO HOSPITALAR ATRAVÉS DA ÓTICA DA PARCERIA: UMA PROPOSTA À UNIMED FLORIANÓPOLIS

Esta monografia foi apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Obteve a nota média 9,5 atribuída pela Comissão Examinadora integrada pelos membros:

Dirce M. Martinello
Dirce Maria Martinello

Assistente Social - UNIMED Florianópolis


Dr. Hildebrando Couto Scofano

Superintendente da UNIMED Florianópolis

Niet Bolan Darella
Niet Bolan Darella

Gerente de Enfermagem – Hospital Governador Celso Ramos

*Defendido em
05/09/02*

Florianópolis, Setembro de 2002.


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Dedico este trabalho aos meus pais, Jarmir e Elisabete, por tudo que me ensinaram e, principalmente, pela vida; e ao meu grande amor, Alexandre.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui registrado alguns nomes que foram personagens fundamentais na história da minha vida.

Em primeiro lugar, agradeço à Deus por todas as bênçãos e oportunidades que me deu.

Em segundo, meus pais Jarmir e Elisabete, que depositaram em mim toda a confiança e amor. Obrigada por tudo, espero não tê-los decepcionados em nenhum momento, pois meu empenho para tanto foi sobre-humano. Pai, este é o resultado do caminho que me ensinaste a seguir. Sei que de onde estiveres, sempre estarás comigo e orgulhoso do que faço.

Aos meus avós maternos, Aderbal e Eutália, e à minha tia Elizete, pelo carinho e pela contribuição na formação de meu caráter. Sei que sempre torceram por mim.

Ao meu grande amor, Alexandre, pelo apoio nos momentos mais difíceis e pela compreensão do amor que tenho pelo o que eu faço. Você foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida.

A minha amiga Gisele, que apesar das armadilhas da vida continuamos contando uma com a outra. Valeu manidja!!!

À Clarice Fortkamp Caldin, pelo apoio sempre depositado em mim e pela revisão deste trabalho.

Aos professores do Departamento de Serviço Social, que me ajudaram a trilhar os caminhos.

À Assistente Social Dirce, minha supervisora de campo, orientadora deste trabalho e grande amiga, pessoa inacreditável e profissional que merece todos os elogios possíveis. Não tenho palavras para demonstrar minha gratidão. Você foi uma inspiração e tanto para mim.

À todos (as) os (as) amigos (as) da UNIMED Florianópolis, em especial às minhas amigas Poty, Andréa Faraco e Selaide, pelo companheirismo e pela ajuda nos momentos turbulentos.

Ao Programa Especial de Treinamento – PET/SS e ao Centro Acadêmico de Serviço Social, pela vivência, experiência e contribuição dadas à minha formação acadêmica.

Agradeço à todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste trabalho.

■ A vida é feita de mil espinhos numa rosa perfumada. Através de nossas lutas, de nossos erros e principalmente de nossa vontade de vencer, surge uma linda flor, fruto de nosso próprio esforço. Essa flor que é a nossa vida, é tesouro que não tem preço e não pode e nem deve ser passado para ninguém cuidar. Sua vida é seu jardim, que precisa de carinho todos os dias. Ame seu jardim e todas as flores que lá você plantou, as flores lindas e a grama que insiste em crescer. Nesse jardim, você é o jardineiro [...]. Siga em frente sem medo de errar. ■

Paulo (autor desconhecido)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE GRÁFICOS	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO ATUAL	13
2.1 A construção das políticas de saúde e o processo de mercantilização da saúde	13
2.2 A assistência à saúde privada	19
3 A ASSISTÊNCIA PRIVADA: CONTEXTUALIZANDO A UNIMED	25
3.1 O início do Cooperativismo	25
3.2 A UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico	30
3.2.1 A Singular de Florianópolis	32
3.2.2 Perfil da UNIMED Florianópolis	33
4 O PROJETO HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR	38
4.1 O Serviço Social no contexto da UNIMED	40
4.2 A Humanização e a Qualidade dos Serviços Hospitalares	44
4.3 A Qualidade dos Serviços Prestados de agosto de 2001 à Junho de 2002	49
4.4 A Parceria em prol da Humanização: sugestões à UNIMED Florianópolis	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
FONTES BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75
ANEXO 1 – Formulário de Avaliação da Qualidade	76
ANEXO 2 – Cartilha dos Direitos do Paciente.....	77

LIST A DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região, UF e Região Metropolitana, no período de 1998.	24
Tabela 2 – Média do nível de satisfação dos clientes em relação à qualidade dos serviços hospitalares prestados no período de agosto de 2001 à junho de 2002	49
Tabela 3 - Média do nível de satisfação dos clientes em relação à qualidade dos serviços hospitalares prestados no período de maio à dezembro de 2001.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de medidas para racionalização dos custos no setor de saúde	21
Quadro 2 – Perfil numérico da UNIMED Florianópolis	34
Quadro 3 – Eras do Desenvolvimento da Qualidade	45
Quadro 4 – Os seis fatores que caracterizam a qualidade em saúde	47
Quadro 5 – Relação dos Hospitais, Maternidades e Clínicas da grande Florianópolis visitados pelo projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”	48
Quadro 6 – Principais aspectos que refletem na qualidade do atendimento hospitalar	53
Quadro 7 – Modelos jurídicos para estabelecimento de parcerias	57
Quadro 8 – Estágios do Continuum da Colaboração proposto por Austin	58

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1 – Ilustração para o estabelecimento de parceria	47
Figura 2 – Avaliação da qualidade no atendimento hospitalar de Prestadores de caráter público	50
Figura 3 – Avaliação da qualidade no atendimento hospitalar de Prestadores de caráter privado	51
Figura 4 – Gráfico comparativo da qualidade entre dois Prestadores públicos	54

INTRODUÇÃO

Manter a saúde, para autores como Luz (1998, .6) “[...] tem sido uma das maiores preocupações e reivindicações do homem e da sociedade desde suas organizações mais primitivas.”. Retrutando as políticas públicas de atenção à saúde brasileira, elas se caracterizam como simples biombo de anteparo às reais dificuldades que existem em relação ao acesso à saúde pela sociedade.

À partir da crise da saúde pública, abre-se espaço para inserção da saúde privada, que caracteriza-se como uma alternativa à população no acesso aos serviços de saúde. Como reflexão trazida para a monografia, a importância das ações conjuntas entre os setores público e privado podem render bons frutos, em prol de um atendimento mais humanizado à população que procura os serviços de saúde, em especial o setor hospitalar.

Por isso, o trabalho aqui apresentado resume-se à prática de estágio na UNIMED Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico, no período de agosto de 2001 à agosto de 2002, especificamente no projeto piloto “Humanização no Atendimento Hospitalar”, ligado à superintendência da UNIMED e vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente. Tal projeto constituiu-se em visitas aos clientes da UNIMED ou seus familiares internados em treze Prestadores de Serviços Hospitalares, sendo hospitais, maternidades e clínicas, evidenciando os aspectos positivos, problemas e dificuldades vivenciados pelos clientes durante o período de internação. Neste aspecto, o cliente UNIMED caracteriza-se pelo perfil crítico, que elogia, questiona e julga a qualidade dos serviços pelos quais ele paga, assim como justifica sua opção pelo plano de saúde como garantia de acesso aos serviços quando necessita.

Como objetivos deste trabalho, elencam-se:

- Discutir a humanização e a qualidade dos serviços hospitalares através da perspectiva de uma parceria entre UNIMED e Prestadores de Serviços Hospitalares;

- Analisar a qualidade dos serviços prestados por treze prestadores de serviços hospitalares aos clientes da UNIMED Florianópolis, suas carências e peculiaridades;
- Resgatar o processo histórico das políticas de saúde e a inserção do setor privado no sistema;
- Caracterizar o movimento cooperativista, assim como o sistema UNIMED;
- Sugerir estratégias de como a UNIMED poderá interagir com os Prestadores de Serviços Hospitalares em prol da humanização e de um bom atendimento, através do estabelecimento de uma parceria entre UNIMED e Prestadores de Serviços Hospitalares além dos parâmetros contratuais;
- Verificar a importância da implementação do projeto piloto “Humanização no Atendimento Hospitalar”;
- Estudar as diferenças existentes entre os Prestadores de Serviços de caráter público e privado;

À partir dos objetivos sugeridos para a monografia, o desenvolvimento do tema proposto para o trabalho estruturou-se da seguinte forma explicitada abaixo:

Inicialmente, foi realizado um breve histórico das políticas públicas de saúde brasileira, seu processo histórico e a inserção do sistema privado de assistência à saúde como componente da lógica neoliberal.

Posteriormente, apresenta-se o ideário cooperativista que deu origem à Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED. Neste momento, fez-se uma contextualização da cooperativa, discorrendo sobre suas bases cooperativistas e as mudanças ocorridas com o passar do tempo. Como subitem, caracterizou-se a singular de Florianópolis.

No último capítulo, apresenta-se a prática de estágio e a realidade vivida no mesmo. São demonstrados dados de cunho quantitativo e qualitativo referente às dificuldades encontradas pelos clientes da UNIMED durante sua internação. Neste mesmo capítulo, através dos dados qualitativos em especial, sugere-se caminhos para se buscar a qualidade e humanização no atendimento hospitalar. Tais sugestões tentam contribuir para a efetiva concretização e caracterização do projeto piloto, o qual está em sua fase inicial de implantação e auxiliar na mediação já estabelecida entre a UNIMED e os Prestadores de

Serviços Hospitalares à ser melhor fundamentada e estruturada; não restringindo-se somente aos laços contratuais existentes, mas também agindo como parceiros em prol da humanização hospitalar, por entender as dificuldades tanto materiais quanto humanas por que passam alguns Prestadores de Serviços Hospitalares. Neste contexto, o cliente é situado como ponto central pelo qual os serviços

Encerra-se o trabalho com as considerações finais, abordando as reflexões obtidas, assim como apresenta-se as limitações do mesmo.

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO ATUAL

Neste tópico, abordar-se-á a construção das políticas de saúde e seu processo de mercantilização, retratando a assistência à saúde privada.

2.1 A construção das políticas de saúde e o processo de mercantilização da saúde

Ter saúde, para algumas pessoas, é sinônimo de bem-estar físico. Sob outra óptica, percebe-se que, para se ter um bem-estar físico saudável, precisa-se contemplar aspectos sociais e mentais de um ser humano. A alimentação, habitação, saneamento básico, trabalho e boas condições de vida são fatores que influenciam diretamente nas funções orgânicas do homem. Para tanto, compreende-se que para a existência destes fatores, é preciso que se tenha acesso à serviços de saúde em condições dignas e eficientes.

No caso da saúde pública, a intervenção estatal no setor das políticas de saúde no Brasil se deu, de início, através de medidas e/ou sistemas de arrecadação previdenciária, destinados aos trabalhadores com carteira assinada e à certos segmentos da população. Perpassando pelos sistemas médico-previdenciários à partir da ¹Lei Eloi Chaves de 1923, a qual instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP'S; os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP'S; o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP; as Ações Integradas de Saúde - AIS; o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, foi o início da tentativa

¹ Resgate feito por SOARES, 2001.

de ampliação de um sistema de seguridade que, contextualizado por Mota (1995, p.124) veio através da

Pressão organizada da classe operária, no período de transição do capitalismo concorrencial para a fase monopolista, impôs progressivamente a publicização do privado, provocando a intervenção do Estado nos contratos de compra e venda da força de trabalho, nas condições de trabalhos, na saúde e na segurança social dos trabalhadores, por meio da legislação trabalhista, acidentária e sanitária, afora a regulamentação dos seguros sociais.”

Mesmo após estas tentativas de ampliação da proteção social, ao final da década de 70, o cenário social brasileiro estava envolvido por crises econômicas e sociais, como a do Estado de Bem-Estar e a queda do capitalismo, entre outras. Neste período, estas transformações tanto de cunho político, econômico ou social contribuíram para uma nova realidade brasileira e um novo papel do Estado que, segundo Mota (1995, p. 100), foi uma “herança do modelo econômico implantado no pós-64, ou como um produto da crise econômica internacional.”.

Todavia, a saúde pública foi contemplada como direito de todos e dever pleno do Estado através da promulgação da Constituição brasileira de 1988, em seu Título VIII, fazendo parte do tripé da Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social.

Esta garantia inserida na Constituição brasileira como cláusula pétrea; e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV; trouxe consigo os princípios de:

- Universalidade e equidade: todos terão acesso à saúde, sem distinções ou preconceitos, com direito à informação;
- integralidade: ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, através de serviços articulados para cada caso;
- racionalidade;
- resolubilidade;

- descentralização: cada esfera do governo será responsável, em especial os municípios, pela organização dos serviços de saúde;
- participação: participação da população, através dos Conselhos de Direito, na articulação de políticas de saúde;

Estes princípios, na concepção de certos autores, foram chaves importantes nesta construção, percebida como uma ampliação dos direitos. Mota (1995, p. 142) coloca que

Relativamente à proteção social, o maior avanço da Constituição de 1988 é a adoção do conceito de seguridade social [...]. Além dessa inovação, há que se realçar a redefinição de alguns princípios [...] Essas mudanças permitiram atenuar as deficiências de natureza gerencial (...) e atenderam a históricas reivindicações das classes trabalhadoras.

Contudo, percebe-se que a construção como direito está sendo lenta. Mesmo em 1953 quando foi criado o Ministério da Saúde, o acesso à saúde não supria todas as necessidades, além dos investimentos serem reduzidos. Por isso, no ano de 1985, o Movimento Sanitário propôs uma nova discussão em relação ao sistema de saúde. Cinco anos depois, a discussão resultou na reforma sanitária, e promulgou-se a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde e que

dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990, p.111)

A questão da saúde como direito, apesar do aspecto formal no texto a contemple como universal, na acepção material as políticas de saúde ainda não foram efetivadas e se esbarram nos limites traçados para uma nova cultura de intervenção do Estado. Este, no entanto, moldou seus mecanismos de atuação se adequando à pressão de organismos financeiros internacionais que pretendem, de acordo com Mota (1995, p. 112) “um Estado mínimo, subordinado ao mercado máximo”. Esta é a ideologia neoliberal difundida no país, a qual preconiza que, para a saída de uma crise, o Brasil deve preocupar-se com aqueles

que mais necessitam, através de políticas mínimas, seletistas e emergenciais; deixando com o setor privado a população que possa pagar pelos serviços. Taylor-Gooby (*apud* MOTA, 1995, p. 120), detalha as metas deste pensamento:

1. redução de gastos públicos;
2. ampliação da participação do setor privado e lucrativo e não lucrativo;
3. redução das contribuições sociais das empresas;
4. desenvolvimento de atividades voluntárias complementares aos serviços públicos.

Por isso, apesar de certos avanços no campo teórico, o sistema de saúde público atualmente continua a enfrentar situações de carências e de difícil acesso à grande parte população. Seu financiamento e manutenção do sistema são relativamente escassos; as políticas de saúde não alcançam todas as necessidades da população e os serviços oferecidos a cada dia se defrontam com uma demanda cada vez mais ampla e necessitada. A dificuldade maior não se encontra na formulação de políticas, mas de consolidá-las e sustentá-las na complexidade em que se entende ser o sistema de saúde desde seu início. Questões estruturais e conjunturais permeiam nas formas de gestão pública, seja em qualquer dos ²três níveis de atenção à saúde. As políticas de saúde definidas no Sistema Único de Saúde ainda não conseguem suprir a maioria das necessidades e carências na área da saúde, devido a muitas fraudes, corrupção no sistema, entre outros aspectos, que acarretam na morosidade dos atendimentos médicos e hospitalares, na insuficiência de medicamentos entre outras peculiaridades do sistema; caracterizados por inúmeras questões como a falta de investimentos e emprego correto dos recursos na área. Nogueira (2001, p.102) exemplifica numericamente essa reflexão:

os gastos com saúde do governo federal vêm caindo sistematicamente desde 1996, tanto em relação aos recursos autorizados pela Lei Orçamentária, que passaram de R\$ 16,2 bilhões em 1996, para R\$ 14,9 bilhões em 1998. Como os gastos realizados que passaram de R\$ 14,1 bilhões em 1996 para 13,9 em 1998. Descontando a

² Os níveis de atenção à saúde são classificados da seguinte forma: 1. Nível Primário: postos de saúde; 2. Nível Secundário: atendimento hospitalar 3. Nível Terciário: atendimento em casos de auto-custo.

inflação, que foi de 43% no período, os gastos reais foram ainda menores, evidenciando que a área prioritária da saúde vem sendo cada vez menos contemplada pelo governo federal.

É de suma importância ressaltar que, em relação aos recursos para funcionamento do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 7º, inciso XI, preconiza que o mesmo será “conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência à saúde da população” (BRASIL, 1990).

Por isso, os serviços públicos acabam caracterizando-se como sendo ineficientes. Autores como Domingues (2000, p.29), que discutiu a qualidade da prestação de serviços de um órgão público, argumentam que “As instituições públicas não atendem às necessidades e expectativas dos seus usuários [...] reflexo do mal investimento, gerenciamento e politicagem existente”. Como um fator também contribuinte, a atenção à saúde preventiva é mínima em relação à curativa. A lei 8.080, já citada anteriormente, determina e estimula o financiamento à programas de prevenção e ações básicas, mas este é um processo com retorno a médio e longo prazo, permanecendo assim o processo curativo de saúde, vivenciando-se alguns aspectos como superlotação de hospitais; falta de medicação; entre outros.

Entende-se, portanto, que as ações do Estado frente a proteção à saúde, e sua hegemonia para garantir a formulação de políticas sociais para a mesma, defronta-se com a ³ideologia neoliberal a qual vem modificando e reduzindo o papel do Estado desde a década de 90, na tentativa de Reforma do Estado, seguindo o princípio de concomitância entre Estado e mercado para a expansão deste último. Mota (1995, p. 111) coloca que este seria uma nova roupagem do Estado: um Estado mediador estratégico. De um lado, a contenção através de medidas singelas àqueles que mais sofrem com a Reforma; sendo que de outro, a necessidade da expansão do capital.

³ “A ideologia neoliberal contemporânea é, essencialmente, um liberalismo econômico, que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa empresarial, rejeitando de modo agressivo, porém genérico e vago, a intervenção do Estado na economia.” (JUNIOR, 1999, p.23).

[...] a afirmação é a de que a gestação da cultura política da crise tem suas raízes na necessidade de o capital não somente realizar a reestruturação técnica da sua base produtiva, mas de fazê-la com o consentimento das classes trabalhadoras; isso significa investir na neutralização dos processos de resistência e em estratégias persuasivas, promotoras de adesões ao seu projeto, valendo-se, para tanto, das precárias condições de vida e de trabalho da população.

Por isso, entende-se por que as despesas do Estado com relação ao financiamento à área social limitam-se àqueles setores mais vulneráveis, que na classificação de Favaret (*apud* BAHIA, 199-), significa ser a universalização excludente, na qual remete ao setor privado a responsabilidade por aqueles que podem pagar pelo acesso à saúde. Nesta reflexão, vale salientar que, na área social, os programas para a área da Assistência Social cada vez se amplia; ao contrário da Previdência Social e da Saúde, que passam pela privatização ou complementariedade. Como exemplo, Mota (1995, p.140) cita a Lei 6. 435, que regulariza a previdência privada; assim como a ascensão de planos e seguros de saúde privados.

Simionatto e Nogueira (1999, p.04), sintetizam esta abordagem

Os novos papéis e funções do Estado, com a conseqüente refilantropização da sociedade civil, apontam para a desregulamentação e flexibilização da atenção social aos segmentos mais vulneráveis, (...) reduzindo o papel estatal nos mecanismos de proteção social e alargando as fronteiras do espaço privado.

De um lado, a garantia e formulação de políticas sociais; de outro, a óptica econômica da ⁴ideologia capitalista. Braga e Silva (2001, p. 22) argumentam que

⁴ Segundo FAIRCHILD (1960) o capitalismo é um sistema econômico general, que dá forma característica à ordem social presente dos países do mundo industrialmente avançados. Dentre algumas características, este sistema possui:

1. propriedade privada em mãos dos indivíduos, companhias e sociedades mercantis;
2. atuação em competência, principalmente para o benefício privado dos proprietários;
3. estímulo para a empresa;
4. rápido aumento da produção;
5. extensão universal do comércio;
6. desenvolvimento de grandes e poderosas organizações coletivas, que dão lugar a certo controle do governo.

Uma política pública de qualidade tem impacto econômico que mobiliza variados interesses, contribui de maneira importante para a dinâmica macroeconômica, é evidentemente a peça de resistência de todo o arcabouço de política social. A despeito de progressos recentes, a precariedade de informações ainda bloqueia significativamente a busca da eficácia, equidade, planejamento, etc.

Portanto, avanços no quesito organização foram dados; diretrizes e metas para uma política de saúde voltada à população foram traçadas; no entanto, percebe-se isto como sendo um certo “pano de fundo”, onde o Estado desempenha seu papel de regulador/mediador entre o mercado e a sociedade, sustentando os lados em doses homeopáticas. Isto, como anteriormente detalhado, significa vir da iniciativa pública medidas que assegurem o mínimo para a sobrevivência da população, caracterizando-se como medidas de reparação e de singular ampliação, como proposto na legislação; enquanto cabe à iniciativa privada prover atendimento àqueles com melhor poder aquisitivo. Este aspecto, assim como a assistência a saúde privada, serão abordados no tópico seguinte.

2.2 A assistência à saúde privada

A dinâmica vivida pelo sistema de seguridade social brasileiro e as mudanças que nele ocorreram, trouxeram à tona a atenção de grupos que viram as portas abertas para sua atuação.

Especialmente no setor da saúde, a abertura de espaço para a inserção dos planos de saúde privados se deu no início dos anos 80, onde o Estado articulou projetos para a saúde de cunho público, mas integrado à ampliação da assistência médica privada. Entendeu-se na época como sendo uma alternativa para a atual conjuntura da assistência à saúde pública presente, mas tendo em seu pano de fundo o início da prosperidade da assistência privada e a mercantilização dos serviços de saúde. O setor público, através da compra de serviços

privados, fez com que o setor privado de assistência à saúde se expandisse cada vez mais. Como já mencionado anteriormente, isto ocorreu devido ao modelo econômico incorporado pelo país, que compreende ser de responsabilidade do setor privado o atendimento àqueles capazes de prover seu acesso aos serviços de saúde. Costa (*apud* SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1999, p. 16), articulam esta idéia para os anos 90:

[...] preparação de um mercado para as seguradoras privadas, voltado a uma população de renda média e média alta. O Banco Mundial indica que a diminuição do papel do Estado é essencial para o fortalecimento do mercado, sendo este o financiador dos serviços de saúde [...]

Atualmente, têm-se conhecimento de que a assistência privada de saúde é caracterizada em quatro modalidades:

1. Medicina de Grupo: foram criadas por proprietários ou sócios de hospitais, se expandindo através de credenciamentos de provedores de serviços, sem investimento próprio, com o propósito de garantir o acesso à saúde a uma grande parcela da população. Temos como exemplo a Golden Cross e Amil;
2. Planos próprios das empresas (autogestão): são planos de saúde próprios das empresas destinados aos seus empregados através de benefício, buscando melhor qualidade no acesso dos empregados aos serviços de saúde. No início, eram financiados pela própria empresa, passando posteriormente à contar com o custeio parcial dos empregados;
3. Cooperativas médicas: são as UNIMED's, que comercializam planos individuais e coletivos. Pretendiam preservar a autonomia da profissão médica e oferecer serviços médicos de qualidade, à preço justo;
4. Seguradoras: é a mais recente modalidade da assistência médica privada. Possuem como missão garantir a qualidade no atendimento à saúde. Exemplo: Sul América Seguros, Bradesco Seguros e Golden Cross Seguradora.

Assim, as modalidades de planos de assistência à saúde privado foram definidos como

“prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.” (BRASIL, Lei 9.656/98, art. 1º)

Entende-se que, além de um simples apoio financeiro, o Banco Mundial, assim como outros organismos internacionais, orienta e define as formas de aplicação destes recursos. Isto, como coloca Fonseca (2002, p. 25) é incorporado pelo discurso estatal que acaba “evidente o interesse do governo em aproximar as políticas nacionais das propostas colocadas pelas agências capitalistas internacionais, buscando consolidar um respaldo político e garantir os empréstimos pleitados.”

Por isso, a ascensão do setor privado caminha de acordo com os objetivos de organismos, como o Banco Mundial, que seguem uma agenda de ações que contemplam o pensamento neoliberal vigente, denominada agenda neoliberal. Segundo Mendes (*apud* FONSECA, 2002, p. 25) esta agenda coloca medidas para a contenção de custos por duas vias distintas:

Quadro 1: Classificação de medidas para racionalização dos custos no setor de saúde

Racionalização pela via da demanda	Racionalização pela via da oferta
Recuperação de custos e co-pagamento	Implantação de mecanismos de controle orçamentário
Estabelecimento de períodos de carência para o acesso a determinados serviços	Limitações na oferta de serviços (cestas básicas)
Valorização de medidas de fomento e de prevenção para diminuir custos	Criação de alternativas para a atenção hospitalar

Mudanças nas formas de transferências dos recursos financeiros	Acreditação e limitação do número de profissionais e instituições
Subsídio à demanda	Organização da oferta por meio de mix estatal/privado

No entanto, a distinção entre a abrangência dos serviços públicos e privados, na sua realidade, se assemelham quando se refere ao atendimento da população. Do lado estatal, a população convive com a falta de recursos, acarretando na morosidade no atendimento entre outros aspectos; sendo que do lado do setor privado a população se insere em uma relação saúde-cliente *versus* limites e coberturas de contrato de planos privados de saúde. Se do lado do setor público, a população convive com a dificuldade do acesso aos serviços e políticas de saúde pública, ao recorrerem ao setor privado na busca pela segurança e acesso à saúde no momento em que precisarem, os preços elevados dos planos justificam o nível de cobertura de procedimentos. Isto porque, quanto mais completo for um plano de saúde e com todas as coberturas diferenciadas, mais caro este custará. A incorporação de novas tecnologias de equipamentos e serviços de saúde possuem custos elevados, assim como sua manutenção, são alguns dos aspectos que influem diretamente na nos limites e coberturas contratuais.

Neste contexto atual, a relação entre os dois lados remete-se à troca de favores, principalmente no que diz respeito à atenção terciária à saúde: o setor público e/ou privado de prestação de serviços (hospitais, laboratórios, clínicas) abre seu espaço para os clientes de planos de saúde privados através de convênios existentes, devido à ausência de seus próprios espaços; enquanto estes pagam taxas superiores às cobradas do Estado, no que de certo modo, auxilia na manutenção e alocação de recursos extras.

Porém, nos dias atuais, a supremacia do setor privado sobre o público tornou-se um questionamento. Em uma pesquisa feita por Silva (1997, p.7), que discutiu uma possível parceria entre o setor público e privado na cidade de São Paulo, o autor concluiu que

Uma das mais sugestivas conclusões da pesquisa indica que a eficácia da gestão pública esbarra em obstáculos internos, isto é, inerentes às práticas, às tradições e ao aparato jurídico-institucional do próprio setor público. A

pesquisa, porém, também concluiu que não se pode extrair deste fato a convicção maniqueísta de que o setor público-estatal encarna toda a ineficiência e toda a ineficácia, ao passo que a gestão privada contenha sempre a melhor solução para todos os problemas gerenciais e administrativos.

Por isso, em 03 de junho de 1998, foi promulgada a Lei n.º 9.656, estabelecendo normas e critérios para o funcionamento dos planos privados de assistência à saúde. Nela, problemas de operacionalização existentes com coberturas dos contratos foram regulamentados, advindos de reclamações de consumidores que, segundo Fonseca (2002, p. 29) “[...] procuravam o PROCON para as reclamações de abusos cometidos pelas empresas privadas.”

Dois anos após a promulgação da Lei, é criada a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo uma das medidas regulatórias, “conferiram à questão da assistência suplementar o caráter de prioridade governamental” (BAHIA: 2001, p.325). Contudo, surgiram divergências entre as operadoras de planos e seguros privados de saúde em relação à esta regulação estatal. Porém, concorda-se que tal intervenção veio de encontro às necessidades dos clientes que possuíam os planos.

Portanto, percebeu-se que, se houve a necessidade de uma regulamentação, certamente algo no setor privado de assistência à saúde não caminhava como deveria. Assim como no sistema público se percebe a existência da falta de investimentos no setor, atingindo a população que encontra dificuldades no acesso e baixa qualidade dos serviços; aqueles que procuram o sistema de saúde privado vivem a dicotomia de se submeter à regras contratuais para a sua utilização e para o acesso ao atendimento que está relacionado ao valor pago pelas mensalidades dos planos. Isto está relacionado aos procedimentos e coberturas contemplados nos planos, assim como no tipo de acomodação hospitalar, na qual a remuneração pelo atendimento médico de uma mesma patologia se diferencia, dependendo da acomodação que o cliente possui.

Contudo, de acordo com BAHIA (2001, p. 340), o número de operadoras de planos privados de saúde aumentaram significativamente no período de 1977 à 1998, assim como o número de seus clientes. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, são cerca de quarenta e um milhões e quatrocentos e setenta e uma mil pessoas no

Brasil que possuem algum tipo de plano de saúde privado. A tabela abaixo demonstra estes números, classificando por região e o respectivo percentual da população usuária:

Tabela 1: Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região, UF e Região Metropolitana, no período de 1998.

Região/UF/Reg Metr	Percentual
Norte	17,5%
Sudeste	33,3%
Sul	25,32%
Paraná	21,53%
RM Curitiba	35,06%
Santa Catarina	23,79%
Rio Grande do Sul	29,66%
RM Porto Alegre	35,95%
Centro-Oeste	22,5%
Total	24,45%

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNDA

Deste percentual, cerca de dez milhões e seiscentos e setenta e um mil são clientes de cooperativas médicas, sendo a segunda maior modalidade em número de clientes. Contudo, é necessário, após esta abordagem do sistema de saúde privado, em especial o modelo cooperativo, será abordado no capítulo seguinte.

3 A ASSISTÊNCIA PRIVADA: CONTEXTUALIZANDO A UNIMED

Para contextualizar e caracterizar a UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico, far-se-á necessário anteriormente, discorrer sobre o surgimento da doutrina cooperativista, sua filosofia e seus ideais.

3.1 O início do Cooperativismo

Cooperativismo,¹ substantivo masculino do verbo cooperar, é

“uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida (...) onde o homem não explore o homem e o valor de trocas, participação ou retribuição, seja fixado em alguma unidade de trabalho.” (LUZ, 1998)

O cooperativismo, segundo autores como Ruiz (1982) e Benato (1994), veio em resposta ao modelo liberal e ao capitalismo originados com a Revolução Industrial. Pretendia-se, assim, através do homem como principal ator da sua história, corrigir tais impasses e atingir o pleno desenvolvimento social, econômico e financeiro. Eram, contudo, um grupo no qual semeavam os mesmos objetivos e lutavam por uma causa comum, através da democracia e da justiça social.

¹ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 19[?]. p. 380.

A primeira cooperativa surgiu no século XVIII, no ano de 1844 na Inglaterra, com os tecelões de ²Rochdale, após algumas terem fracassado. No entanto, é somente no século XX que o movimento se fortalece. Segundo a professora Diva Bernardes Pinho (*apud* BENATO, 1994), em 1946 havia no mundo cerca de 810 mil cooperativas, reunindo 140 milhões de associados. Em 1962, cerca de 1/3 da população mundial era associado de cooperativas.

Assim, segundo Benato; Valadares (*apud* FONSECA, 2002), a doutrina cooperativista arraigou-se nos seguintes princípios de:

1. **Livre Adesão:** as cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizarem os seus serviços e dispostas a assumirem as responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas ou religiosas;
2. **Gestão Democrática e Participação Econômica:** as cooperativas são organizações democráticas de autogestão, ou seja, administradas pelos cooperados, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres eleitos como representantes dos outros membros são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau, os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto), e as cooperativas de grau superior são também organizadas de forma democrática;
3. **Juros Limitados sobre o Capital:** as cooperativas são organizações que não visam o lucro. Toda a receita excedente é dividida entre os membros;
4. **Autonomia e Independência:** as cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controlada pelos seus membros. Se estas firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia das cooperativas;

² Trabalhadores têxteis fundam a cooperativa de consumo, com o propósito de gerar empregos para aqueles

5. **Desenvolvimento da Educação:** as cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos, dos dirigentes e dos trabalhadores de forma a que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral – particularmente os jovens e os líderes de opinião – sobre a natureza e as vantagens da cooperação;
6. **Colaboração Inter-cooperativa:** as cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais;
7. **Interesse pela Comunidade:** as cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

Tais princípios foram pautados nos valores do humanismo, responsabilidade social, democracia, honestidade e transparência, liberdade, igualdade e equidade, solidariedade, racionalidade e preocupação com o semelhante, contrários à exploração do capital sobre o homem.

Seu símbolo, de acordo com Benato (1994), é um círculo (simbolizando a vida eterna) abraçando dois pinheiros (símbolo da imortalidade), para indicar a união e coesão do movimento, a imortalidade e eternidade de seus princípios, a fecundidade de seus ideais, e a vitalidade e energia de seus adeptos. Tudo isto marcado na trajetória ascendente dos pinheiros que se projetam para o alto, procurando subir cada vez mais.

As cooperativas se dividem (e se subdividem) da seguinte forma: consumo; agropecuárias; crédito (rural, mútuo e popular); de produção; eletrificação e telefonia rural; educacional (formada por alunos ou por pais); habitação e de trabalho (transporte, saúde e outras). Dentre estas, a UNIMED se insere no modelo de cooperativa de trabalho, a qual será abordada no tópico seguinte.

No Brasil, de acordo com Benato (1994, p. 16), a vinda dos imigrantes alemães trouxe consigo as idéias cooperativistas seguidas do modelo cooperativista francês, sendo a Associação Cooperativa dos Empregados da Companhia Telefônica de São Paulo, no ano

de 1891, a primeira cooperativa do país. O autor expõe que o reconhecimento e a consolidação do ideário cooperativista somente se deu no ano de 1932 através da promulgação do Decreto 22.239 – Primeira Lei Orgânica do Cooperativismo Brasileiro e, posteriormente, em 1971, a Lei 5.164 definiu a Política Nacional do Cooperativismo, a qual instituiu juridicamente o setor cooperativo. A partir desta lei, definiu-se a constituição de cooperativas da seguinte forma:

- *Singular*: cooperativa que atua no âmbito local, constituída de, no mínimo vinte pessoas;
- *Federação*: conjunto de três cooperativas que atua no âmbito regional;
- *Confederação*: conjunto de três ou mais federações, atuando em âmbito federal.

Portanto, estão representadas da seguinte forma:

As Confederações estão ligadas às Organização de Cooperativas dos Estados - OCE's, que constituem a Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, de âmbito nacional. Estas, contudo, fazem parte da Organização das Cooperativas das Américas - OCA. Todas estão ligadas à Aliança Cooperativa Internacional - ACI, órgão máximo representante do Cooperativismo criada em 1895 tendo como missão “a continuidade dos ideais cooperativos dos pioneiros de Rochdale, além de ser responsável por congregar e defender os interesses do Cooperativismo mundial.” (SESCOP, 2001, p.53)

Contudo, o desenvolvimento do cooperativismo, de acordo com Valadares (*apud* FONSECA, 2002, p.33) está dividido em duas etapas: a primeira etapa, que inicia-se no fim do século XX e vai até a década de 70, segue os princípios de Rochdale; e a segunda, que segue modelos “mesclando a economia solidária com a racionalidade empresarial”.

É a partir desta segunda etapa que as cooperativas deixam de lado suas raízes no discurso voltado para a adequação à nova realidade imposta pela sociedade. Laidlaw (1989, p.15), questiona tal redirecionamento das razões de ser do sistema cooperativo, na medida em que ele deveria ser “uma espécie de refúgio do bom senso”, sendo forte nas suas convicções e buscando defender os princípios que o fizeram surgir como movimento contrário ao capitalismo. O movimento cooperativista, em seu início, veio com o propósito de valorização do trabalho sobre o capital e a exploração, voltado para uma sociedade mais

justa. Esta seria, de acordo com o autor, a dupla característica das cooperativas: objetivos comerciais *versus* vocação social. Isto porque é um movimento comprometido com a justiça social, com suas ações voltadas à comunidade; ao mesmo tempo em que se modela à uma empresa. O movimento cooperativista tem em suas raízes uma filosofia pautada na busca pela

“mutualidade, união dos fracos que põem em comum seus modestos recursos para criar uma força solidária, a divisão igualitária dos resultados positivos ou negativos, o esforço pessoal de livre e espontânea vontade, associação entre pessoas em função de objetivos comuns, a supremacia do homem sobre o dinheiro, a não exploração do homem pelo homem, incluindo mesmo a busca da utopia.” (LAIDLAW, 1989, p. 35).

Isto significa que os princípios iniciais do movimento estão se distanciando das cooperativas, afastando suas ações do elemento que as difere de uma empresa: a perseverança e consideração aos princípios norteadores do movimento cooperativo, pois diferente de qualquer outro sistema, o cooperativismo é detentor de uma filosofia que reza, como afirma Laidlaw, já citado anteriormente, pelo bom senso e pela justiça social. Novamente, Laidlaw (1989, p.33) fortalece sua reflexão colocando que

“Estamos assim, diante de um quadro paradoxal onde as cooperativas se defrontam a grandes dificuldades conjunturais de concorrência feroz, e paralelamente evidencia-se cada vez mais o aspecto positivo de uma contribuição primordial que a cooperação será capaz de dar para solucionar, a longo prazo, os problemas econômicos.”

Algumas cooperativas questionam como relacionar a filosofia cooperativista à adequação ao mercado, remando contra à correnteza dos princípios e objetivos do movimento. CONTREIRAS (1992, p.37) coloca que

É inegável, entretanto, que houve um desvio de rota e que atuamos como uma empresa complexa, utilizando as modernas técnicas de administração empresarial [...] O que nos preocupa é se podemos manter esses cenários

sem que esmoreça a nossa intrínseca qualidade de cooperativa. [...] Então, o que fazer para manter a nossa autenticidade? [...] no plano geral, nos dedicarmos mais do que nunca ao trabalho inteligente, planejado, sem desperdício de esforços e de tempo no campo da orientação e da dogmatização, para fazer sobressair sempre a ascendência, sob todos os aspectos e em todos os envolvimento, da verdade da solução humanista, solidária e social, que somente no Cooperativismo está contida.

Contudo, questiona-se até que ponto uma cooperativa necessita se moldar à uma realidade imposta, pois partindo-se da premissa de que suas bases já foram erguidas sob uma filosofia distinta das demais, na busca pela solidariedade e pela consciência coletiva.

Todavia, a UNIMED, que inicialmente se caracterizou como uma Cooperativa de Trabalho Médico, atualmente se denominada de Complexo Empresarial Cooperativo, o qual será contextualizado no tópico seguinte.

3.2 A UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico

Considerado como uma alternativa à saúde pública e à expansão da medicina individual, no ano de 1967, um grupo de médicos da cidade de Santos se unem, com base na doutrina cooperativista, e fundam a primeira cooperativa médica do mundo: a UNIMED. Segundo Luz (1998, p.8), o cooperativismo médico:

é uma possível solução ao enorme problema assistencial, talvez dos mais viáveis modelos que contemple um trabalho médico ético, economicamente compensador e capaz de atender plenamente as expectativas dos usuários.

Assim, os médicos cooperados da UNIMED procuravam, além de suprir as necessidades da saúde pública e oferecer serviços médicos e hospitalares de qualidade, com o compromisso de proporcionar uma maior qualidade de vida aos usuários, pretendiam

também preservar a profissão liberal, com um retorno financeiro adequado. Como um dos fundadores da cooperativa, Dr. Edmundo Castilhos (*apud* DUARTE, 2001, p. 371), coloca que “Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira UNIMED, baseados no fato de que nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E definimos o atendimento em consultório, a livre escolha, a personalização do ato médico, socializando meios e mantendo as características liberais.”

Segundo Luz (1998), no ano de 1998, a UNIMED contava com 4 entre 10 pessoas que possuíam planos de assistência médica no Brasil, representando assim cerca de 7% da população brasileira. A cooperativa, a nível nacional, gerou 16,5 mil empregos diretos e 260 mil empregos indiretos. Atualmente, conta com 90 mil médicos cooperados e 11 milhões de usuários em todo o Brasil. Este número é distribuído entre 366 cooperativas médicas divididas em singulares, federações e confederação.

Contudo, é caracterizada como um Complexo Empresarial Cooperativo, que segundo Duarte (2001, p. 371) se divide em:

1. Sistema Multicooperativo (composto por sistemas cooperativos):

1.1 Sistema UNIMED: cooperativas de trabalho médico;

1.2 Sistema UNICRED: cooperativa de crédito mútuo para médicos cooperados, empregados e demais;

1.3 USIMED: cooperativa de consumo dos usuários do Sistema UNIMED, na qual oferece serviços médicos e medicações através de suas farmácias;

2. Sistema Empresarial (são empresas voltadas para o lucro, com exceção apenas de uma fundação sem fins lucrativos):

2.1 Fundação Centro de Estudos - Universidade UNIMED;

2.2 UNIMED Seguradora;

2.3 UNIMED Sistemas

2.4 UNIMED PRODUTOS E SERVIÇOS HOSPITALARES

2.5 UNIMED Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda;

2.6 UNIMED Administração e Serviços;

2.7 UNIMED Participações;

2.8 UNIMED Corretora.

Porém, apesar de ser caracterizada como autogestão, a cooperativa, através da Lei n.º 9.656, já citada no capítulo anterior deste trabalho, a qual veio com o objetivo de atribuir aos planos e seguros privados de assistência à saúde competências, responsabilidades e deveres, teve de alterar alguns aspectos na prestação de seus serviços. De acordo com a Legislação Cooperativista, Lei n.º 5.764, em seu parágrafo único, define-se que “a ação do poder público se exercerá, principalmente, mediante prestação de assistência técnica e de incentivos financeiros e créditos especiais, necessários à criação, desenvolvimento e integração das entidades cooperativas.” (BRASIL, Legislação Cooperativista, p.01). Assim, esta ação do governo estaria fora de cogitação, como afirma Virgílio Périus, citado por Contreiras (*apud* LUZ, 1998, p.62)

[...] a autogestão é inquestionável. Não se discute mais. O governo não pode mais controlar, fiscalizar, autorizar o funcionamento, interferir ou decretar a dissolução da sociedade cooperativa. A proibição é constitucional.

Com isso, a Cooperativa em seu âmbito geral, que comercializa planos de saúde, passa a partir de então a se reestruturar, cabendo às singulares administrar da melhor forma possível as mudanças necessárias.

3.2.1 A singular de Florianópolis

A singular de Florianópolis surgiu em 30 de agosto de 1971, assim como as outras cooperativas médicas anteriormente fundadas, em resposta as dificuldades existentes no sistema público de saúde. Primeiramente, foi chamada de SANMED – Cooperativa de Assistência Médica da Grande Florianópolis; passando posteriormente à MEDSAN e, em 1983, UNIMED. De acordo com o Memorial UNIMED 25 anos (1992, v.2), ela compõe a

Federação das UNIMEDs de Santa Catarina, juntamente com Blumenau e Joinville; e abrange os seguintes municípios: Florianópolis, Angelina, Alfredo Wagner, Biguaçu, Garopaba, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São João Batista, Tijucas, Águas Mornas, Anitápolis, Antônio Carlos, Canelinha, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, São Bonifácio e São José.

A ³ missão da UNIMED Florianópolis, como organização econômica social norteada pela filosofia cooperativa, é:

- Oferecer serviços de saúde em nível de excelência, com compromisso social, dentro de princípios éticos e cooperativistas, priorizando a satisfação plena dos profissionais e clientes;
- Agregar profissionais médicos para a defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão com adequadas condições de trabalho e remuneração justa;
- Propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível.

Para tanto, a singular atribui como sua razão de ser o funcionário, o cooperado e o cliente.

Contudo, LUZ (1998) afirma que:

“ideologicamente, o setor cooperativo ocupa o lugar intermediário entre dois grandes setores: em alguns aspectos, se parece com o serviço público e em outros com o setor privado, com tendências para adotar o melhor de cada um.”

3.2.2 Perfil da UNIMED Florianópolis

Em 1997, a singular de Florianópolis contava com 1050 médicos cooperantes; 162.000 usuários; 81 clínicas cooperadas; 09 laboratórios cooperados e 21 hospitais credenciados.

Atualmente, o ⁴perfil da UNIMED Florianópolis constitui nos seguintes números:

Quadro 2 – Perfil da UNIMED Florianópolis

CLIENTES	170.419
MEDICOS COOPERADOS	1.364
HOSPITAIS CREDENCIADOS	24
CLÍNICAS COOPERADAS	184
CLÍNICAS CREDENCIADAS	59
LABORATÓRIOS COOPERADOS	13
LABORATÓRIOS CREDENCIADOS	34

Para a utilização desta rede de serviços, a UNIMED Florianópolis disponibiliza/comercializa ao cliente dois tipos de planos:

A) **UNIPLAN**: plano anterior à Lei n.º 9.656, pode ser de abrangência regional ou nacional. Não contempla certos procedimentos e possui limites para a utilização de alguns procedimentos tidos como alto custo. Atualmente, este tipo de plano não é mais comercializado, dependendo da vontade dos clientes a sua transferência para o plano atual;

B) **UNIFLEX**: plano comercializado e ajustado pela Lei n.º 9.656, também de abrangência regional ou nacional. Possui coberturas não existentes no plano anterior, assim como não coloca restrições (limites) na utilização de procedimentos.

Em qualquer dos planos acima, existem duas formas de pagamento:

1. **Planos de Pré-pagamento**: através de uma mensalidade paga pelo cliente pessoa física ou jurídica (através de benefício de empresas aos seus empregados). Esta

³ SILVA, Rebeca Ribeiro e WALLNER, Sílvia D. UNIMED Florianópolis: Cooperativismo – Sistema UNIMED. Departamento de Desenvolvimento Cooperativista, 199[?]. Apresentação de Slides.

⁴ Dados acessados através do site <http://www.unimedflorianopolis.com.br>

forma é a que oferece maior preocupação à cooperativa, pois o gasto do usuário pode ser maior do que o valor pago nas mensalidades;

2. **Planos de Custo Operacional:** plano utilizado exclusivamente por pessoas jurídicas, onde o cliente paga somente por aquilo que utilizam.

Dentre alguns dos programas disponibilizados pela UNIMED Florianópolis, de acordo com o folder informativo da cooperativa, estão:

1. *SAÚDE EM FORMA*: programa voltado para a promoção da saúde, coordenado por uma equipe de médicos especializados em cardiologia e medicina do esporte, com o objetivo de estimular, avaliar e orientar a prática de exercícios físicos;
2. *SAÚDE OCUPACIONAL*: ações voltadas à prevenção de doenças e acidentes aos trabalhadores;
3. *CICLO DE CURSOS E PALESTRAS UNIMED*: cursos e palestras ministrados pelos próprios médicos cooperados, abordando temas relacionados à saúde;
4. *UNIMED CIDADÃ*: programa de responsabilidade social para auxiliar a comunidade. São doze projetos que compõem o programa, dentre alguns deles, estão:
 - 4.1 Projeto Ação contra a Violência: projeto em parceria com a Polícia Militar que ensina alunos da rede municipal e estadual a combaterem a violência e as drogas;
 - 4.2 Projeto Clínica de Caminhadas UNIMED: programa Caminhar UNIMED incorporado às ações do UNIMED Cidadã;
 - 4.3 Projeto Lixo Reciclável: confecção e distribuição de cartazes orientando e estimulando à prática da reciclagem do lixo. Todo o lixo arrecadado é enviado à PROMENOR, que o recicla, revestindo recursos para a própria instituição;
 - 4.4 Projeto Jovem Trabalhador: UNIMED oferece vagas de emprego aos adolescentes da PROMENOR;
 - 4.5 Projeto Teatros e Contos:

- 4.6 Projeto Capital Criança: em parceria com a Prefeitura de Florianópolis, a UNIMED presta atendimento gratuito à gestantes e crianças;
- 4.7 Projeto Vida Futura (em preparação): projeto em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho e a empresa Parati com a finalidade de discutir a responsabilidade social através de parcerias entre o setor privado e terceiro setor.
5. *CAMINHAR UNIMED*: caminhadas organizadas para toda a população interessada;
6. *SAÚDE DIRIGIDA*: programa que oferece atendimento especial aos clientes UNIMED portadores de patologias crônicas. O objetivo é identificar precocemente complicações de doenças já instaladas.

Mesmo com programas e projetos voltados à comunidade, em alguns momentos os princípios cooperativistas não aparecem nas ações da singular de Florianópolis, no seu dia a dia como cooperativa, tanto por parte dos cooperados quanto daqueles que compõe o quadro funcional da cooperativa. Não se atrela nesta reflexão o sentido de competitividade ou adequação ao mercado, pois a cooperativa da região do litoral de Santa Catarina possui uma certa abrangência do mercado de saúde suplementar. Atribuí-se, aqui, os caminhos e a cultura organizacional atual da UNIMED Florianópolis tomou, de ser uma cooperativa que incorpora à si uma significativa parcela da lógica capitalista empresarial, principalmente no que diz respeito à comercialização dos planos de saúde. Luz (1998, p. 62) não percebe a mudança ocorrida na cooperativa e sua semelhança com planos lucrativos de saúde, apresentando a idéia de que “a gestão deverá ser competente para conviver com planos e seguros de saúde mercantilistas e impor-se como melhor alternativa e parceira do setor público.” O cooperativismo não surgiu para ser competente frente à um mercado, à procura por caminhos alternativos. Desde o seu surgimento, a doutrina disseminava um movimento contrário e com novas perspectivas para o futuro. Portanto, ele surgiu e pautou-se em uma filosofia contrária à adequação e ao conformismo, lutando por uma sociedade mais justa, contrária ao lucro e consciente de que a sociedade, que por sua vez é caracterizada pelo individualismo, necessitava de transformações coletivas.

Neste pensamento, as transformações coletivas trazidas pelo cooperativismo, no próximo tópico, será abordado a necessidade de uma parceria entre a UNIMED Florianópolis e os Prestadores de Serviços Hospitalares, através do projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”, na busca pela qualidade e humanização no atendimento aos clientes.

4 O PROJETO HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR

A preocupação do ¹cliente, no momento em que necessita de um atendimento hospitalar, analisa e questiona também todos os fatores que complementam e auxiliam na busca pela sua recuperação, como um bom atendimento, espaço físico oferecido, higiene e limpeza do ambiente hospitalar, entre outros. Isto tudo partindo do pressuposto de que ele é sujeito de direitos e elemento constituinte da cidadania.

A Humanização no Atendimento Hospitalar, de acordo com Mezomo (1995, p. 276)

[...] significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais. Hospital humanizado, portanto, é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.

Esta valorização do ser humano no atendimento hospitalar inicia-se, de acordo com o autor, antes de mais nada, através das pessoas que compõem o atendimento hospitalar, que é o eixo que sustenta as quatro dimensões que constituem a humanização: física, tecnológica, humana e administrativa. Isto significa valorizar o ser humano, perceber suas emoções e as dificuldades “na dolorosa experiência da enfermidade” (MEZOMO, 1995, p. 221).

Por perceber a necessidade de humanização e garantia da qualidade no atendimento, a UNIMED Florianópolis implantou o projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”, sendo um projeto piloto, em fase de experimentação; elaborado pelo Departamento de Desenvolvimento Cooperativista, este projeto, executado por profissionais da área de

¹ Utilizou-se a denominação cliente, e não usuário, pois entende-se ser uma relação de compra e venda. Segundo dicionário da Língua Portuguesa, cliente é 1. Constituinte, em relação a seu advogado, ou doente, em relação ao médico. 2. aquele que compra, freguês.

Serviço Social e vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente, possui os seguintes ²objetivos:

1. proporcionar ao cliente da UNIMED de Florianópolis um atendimento diferenciado, ampliando seu nível de satisfação na utilização do serviço hospitalar;
2. identificar o perfil do cliente UNIMED, visando a construção de políticas de atendimento;
3. contribuir para a redução dos custos da Cooperativa e empresa/cliente na utilização adequada do benefício;
4. estabelecer um trabalho de parceria entre UNIMED e Hospitais credenciados, buscando o aspecto educativo/informativo;
5. medir o nível de satisfação dos clientes no momento da utilização do serviço hospitalar;
6. possibilitar o enquadramento de contratos.

Através de uma aproximação entre a UNIMED e seus clientes, ultrapassa-se a relação contratual existente; além de ouvi-los bem como as pessoas envolvidas no atendimento hospitalar para conhecer suas necessidades imediatas, assim como sugestões, reclamações e insatisfações. Busca-se, também através de ações sócio-educativas, esclarecer dúvidas existentes e disseminar informações necessárias. Através dos relatos feitos pelos clientes, os mesmos colocam as características do atendimento hospitalar, em todos os seus aspectos materiais, físicos e humanos. Isto vem do fato de que, para se avaliar a qualidade de um serviço prestado, é a partir da visão e da percepção do cliente que se poderá caracterizá-lo. Para isto, o instrumental e as técnicas utilizadas no decorrer deste processo foi em sua grande parte construído pelas estagiárias de Serviço Social da UNIMED.

Tinha-se conhecimento das questões que deveriam ser abordadas, através de um questionário de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar (anexo 1), que deveria ser aplicado aos clientes internados. Por perceber que não caberia aplicar um roteiro no instante

² WALLNER, Silvia. **Projeto Humanização no Atendimento Hospitalar**. Florianópolis: UNIMED

da visita, devido ao momento delicado em que se passava o cliente e seus familiares e por ter como finalidade o acolhimento do mesmo, construiu-se uma metodologia diferente, mais condizente e pautada na percepção do cliente. Isto resultou na boa aceitação do trabalho e reconhecimento do mesmo. Em certos momentos, as ações no trabalho eram de cunho apenas sócio-terapêutico, no qual o cliente expõe suas dificuldades. É neste e em outros momentos que o trabalho transmite atenção e acolhimento.

É de suma importância ressaltar que, através da atuação do Serviço Social frente ao projeto, percebeu-se que na prática tais objetivos inicialmente construídos para o projeto, precisam se remodelarem e/ou se adequaram à realidade. Possibilitar um atendimento diferenciado, humanizado e ampliar o nível de satisfação dos clientes da UNIMED na utilização de serviços que são credenciados requer uma proposição melhor estruturada de parceria, como contida no quarto objetivo, entre os Prestadores de Serviços Hospitalares e a UNIMED. Apesar de medir a qualidade dos serviços, as ações do projeto não significam ser uma fiscalização contínua dos Prestadores, mas na tentativa de se estabelecer uma parceria concreta. Concorde-se que isto possa ser um primeiro passo para a conscientização de uma melhoria dos serviços oferecidos, tanto dos Prestadores, quanto da UNIMED, cada qual reavaliando seus papéis e suas competências e a qualidade dos serviços.

Contudo, as ações do Serviço Social frente ao projeto tem resultado na boa aceitação do mesmo por parte dos clientes, assim como dos Prestadores, mostrando-se ser um trabalho importante, necessário, e com saltos significativos desde sua implantação. Por isso, no item seguinte faz-se necessário contextualizar o Serviço Social no âmbito de uma cooperativa de trabalho médico.

4.1 O Serviço Social no contexto da UNIMED

As mudanças historicamente ocorridas na sociedade e em suas relações com o Estado modificaram as ações de intervenção do Assistente Social. Este redimensionamento das ações profissionais exigiu novas técnicas e competências, assim como a abertura de novos campos de atuação do Assistente Social. Como afirma Sarmiento (2000, p.97)

[...] os profissionais de Serviço Social vêm reconstruindo sua prática profissional, no sentido de imputar-lhe uma outra direção social e, conseqüentemente, redimensionamento de suas funções socioinstitucionais.

Contudo, essas novas faces do fazer profissional de Serviço Social, no âmbito da UNIMED, abrange vários aspectos, como consta no ³ Manual de Referência das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED:

O Assistente Social na organização Unimed atua nas relações sociais advindas da promoção e preservação da saúde dos usuários. [...]O foco das intervenções profissionais são os problemas sociais que afetam a saúde e a qualidade de vida da população usuária dos serviços oferecidos.

São ao todo 255 Assistentes Sociais em 153 singulares. Assim, o profissional de Serviço Social de uma cooperativa de trabalho médico lida, seja qual for sua atuação, suas práticas sempre estarão voltadas para a qualidade dos serviços, promoção da saúde e bem-estar dos clientes; através de um “caráter sócio-educativo, psicossocial, técnico-consultivo e político-administrativo, conforme a natureza das demandas e situações abordadas nos diversos programas e projetos.” (II Manual de Referências das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED, 2001, p.04).

De acordo com Soares (2001, p. 44), a primeira Assistente Social contratada na singular de Florianópolis foi no ano de 1992, para gerenciar a área de desenvolvimento cooperativista. Atualmente, o corpo de profissionais de Serviço Social é composto por 2 Assistentes Sociais: uma responsável pela área de Recursos Humanos da empresa e outra à frente do programa UNIMED Lar.

Uma outra área dentro da cooperativa em que o Serviço Social foi inserido através da credibilidade conquistada, foi no projeto piloto “Humanização no Atendimento

³CENTRAL NACIONAL UNIMED. II Manual de Referência das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED. São Paulo, 2001.

Hospitalar”, no qual a atuação do Serviço Social se ampliou de acordo com o ⁴I Manual de Intervenção do Serviço Social nas UNIMED’s,

Nos atendimentos realizados pelo Serviço Social nas Cooperativas Médicas, as demandas apresentadas pelos “clientes (cooperados, empresas, usuários, funcionários, serviços próprios e credenciados) quase sempre situam-se no terreno das relações micro-sociais, advindas das dificuldades de utilização dos serviços e do próprio contexto do Sistema Cooperativista, exigindo dos técnicos uma ação imediata, concreta e resolutive.

De acordo com o Manual, a atuação do Serviço Social contempla as seguintes áreas e algumas de suas atuações:

- *Usuários do sistema (pessoa jurídica ou física)*: processo de reembolso, entrevistas domiciliares, programa de medicina preventiva e social, programa de qualidade de vida desenvolvido com equipe multidisciplinar;
- *Empresas clientes*: participação na elaboração de novos produtos, análise social de contratos e palestras para a implementação dos mesmos, visitas para manutenção de contratos, programa de medicina preventiva e saúde ocupacional, programas educativos e preventivos, pesquisas e eventos, acidente de trabalho;
- *Serviços próprios e credenciados (hospitais e pronto-atendimentos)*: coordenação de setores dentro destes serviços e assessoria a outros, intervenção junto a pacientes internados e familiares, desenvolvimento de projetos de humanização na permanência hospitalar, pesquisa e levantamento de dados estatísticos, intervenção junto aos colaboradores, controle de internações, prorrogações e limites contratuais, treinamento e cursos aos profissionais dos serviços;

⁴ UNIMED DO BRASIL. **Manual de Intervenção do Serviço Social nas UNIMED’s**. São Paulo, 1997..

- *Funcionários*: administração e gerenciamento da área de recursos humanos, assessoria para a área administrativa e recursos humanos;
- *Comunidade*: campanhas de vacinação e prevenção de doenças, programas e projetos de saúde comunitária junto às associações beneficentes, atendimento gratuito à rede pública municipal, medicina preventiva e social;
- *Médicos Cooperados*: programa de educação cooperativista, entre outros;
- *Auditoria Médica*: pesquisa quantitativa e qualitativa junto aos pacientes sobre a produção dos serviços credenciados e médicos cooperados, controle e acompanhamentos de procedimentos médicos hospitalares, assessoria direta;
- *Comitê Educativo*: participação do Serviço Social junto ao Comitê Educativo;
- *Diretorias e Comissões Técnicas*: coordenação de planejamento e administração estratégica;
- *Outras áreas de possível atuação*: supervisão e coordenação da área de Serviço Social e Atendimento ao Cliente, coordenação da área de Intercâmbio, coordenação da Central de Informações, coordenação do Departamento de Planejamento da Cooperativa, assessoria à diretoria, administração e departamento jurídico, gerenciamento de áreas.

Percebe-se que, de acordo com o Manual, a atuação do profissional de Serviço Social na Cooperativa é ampla, podendo ser desenvolvida em seus variados setores. No entanto, na singular de Florianópolis, como já mencionado anteriormente, a atuação do Serviço Social se restringe apenas nas áreas de Recursos Humanos (funcionários) e a de visitas domiciliares (Programa UNIMED Lar).

No tópico seguinte, será caracterizado o projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”, sua importância para a Cooperativa e para os clientes, assim como a atuação do Serviço Social frente ao projeto.

4.2 A Humanização e a Qualidade dos Serviços Hospitalares

A ⁵qualidade, no contexto empresarial, está relacionado à satisfação que, por consequência, está ligado ao lucro. De acordo com autores como Palma (1996, p.7) “Qualidade é o valor percebido por cada um dos envolvidos com a organização quando sentem que suas necessidades explícitas e implícitas são ou podem ser atendidas num nível igual ou superior ao desejado.”

Segundo Aidar (1995, p.53), a busca pela qualidade possui os seguintes objetivos:

1. desenvolvimento da empresa e de seus integrantes, preservando sempre o interesse coletivo;
2. lucratividade da empresa no mercado;
3. satisfação e conquista da lealdade dos clientes.

Assim, o autor ainda aborda o sentido subjetivo da qualidade, tal como sendo uma realização de expectativas e aspirações do ser humano. Para isto, o sentido da qualidade deve ser difundido e aspirado por todos aqueles envolvidos no processo de trabalho da organização, vindo de encontro aos seus objetivos. Isto significa que os serviços providos por aqueles que compõe o quadro funcional, serviços estes caracterizado pelo autor como sendo valores intangíveis, estão ligados à própria percepção de bem-estar para então perceber o bem-estar do cliente. Fernandes (1996, p.23-25), que traz para o contexto da Qualidade Total, explicita tal reflexão:

Cada um, em seu nível, partilha a responsabilidade na gestão da qualidade total, identificando disfunções, sugerindo medidas corretivas e inovações. Esta é a base dos princípios do Total Quality Control. (...) É preciso, portanto, aperfeiçoamento constante na capacidade diagnóstica, a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos, com base na percepção dos próprios funcionários, de modo a subsidiar as ações estratégicas efetivamente significativas.

⁵ Não pretende-se com tal abordagem adquirir um sentido voltado à empresa, mas sim ao cliente.

Contudo, a busca pela qualidade se deu não somente pelo aperfeiçoamento das atividades que garantissem a qualidade do serviço ou produto, mas também na evolução e no desenvolvimento do seu acompanhamento, gerenciamento e em seus enfoques. Aidar (1995, p. 15) destacou a evolução do desenvolvimento pela busca da qualidade:

Quadro 3 – Eras do Desenvolvimento da Qualidade

<i>Inspeção:</i> a qualidade era desenvolvida através de uma supervisão, sem buscar encontrar causas e resoluções;
<i>Controle estatístico da Qualidade:</i> técnicas de acompanhamento e avaliação para melhorar a qualidade;
<i>Garantia da Qualidade:</i> qualidade passa a ser uma disciplina com implicações mais amplas;
<i>Gestão Estratégica da Qualidade:</i> qualidade como atividade administrativa.

O autor também destaca três formas de se focar a qualidade: enfoque no produto; na produção do produto e no cliente; sendo necessário a integração dos três para a garantia completa da qualidade. No entanto, o enfoque baseado no cliente, segundo o mesmo autor, é a chave para a garantia e o sucesso da qualidade, pois

“A medida em que a competição empresarial torna-se mais disputada e o avanço tecnológico mais rápido, a definição da qualidade como conformidade técnica vai perdendo a importância (...) O grande desafio da qualidade passa a ser, não tanto o de administrar sistemas internos da empresa, mas o de gerenciar seus sistemas externos, ou seja, seu relacionamento com os clientes e com a comunidade.” (AIDAR, 1995, p. 65).

No caso da saúde, o enfoque voltado ao cliente deve acontecer com naturalidade, pois a qualidade adquire tal complexidade por lidar com aspirações, expectativas e emoções. Todos os aspectos humanos e materiais são importantes, pois leva-se em conta a situação de fragilidade e vulnerabilidade física, psicológica e social que um ser humano

passa no momento de uma internação. É uma fragilidade que envolve não somente a pessoa, mas também seus familiares. A rotina se modifica, tornando a experiência da doença muitas vezes angustiante, cansativa e traumática. Por isso, a qualidade no processo de hospitalização é visto pelos clientes e pelas pessoas envolvidas com um olhar minucioso, cauteloso e exigente. Donabedian (*apud* NOGUEIRA, 1994, p.107) afirma que a “qualidade dos serviços de saúde podem ser vista por três prismas: na visão dos prestadores de serviços; na visão dos usuários e nas prioridades consideradas pela sociedade em geral”. Para isto, o autor elenca os Sete Pilares para a Qualidade em Saúde (Donabedian *apud* NOGUEIRA, 1994, p. 98):

1. Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
2. Efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
3. Eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível;
4. Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios;
5. Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado;
6. Legitimidade: conformidade com as preferências sociais em relação a tudo mencionado acima;
7. Equidade: diferenciação na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

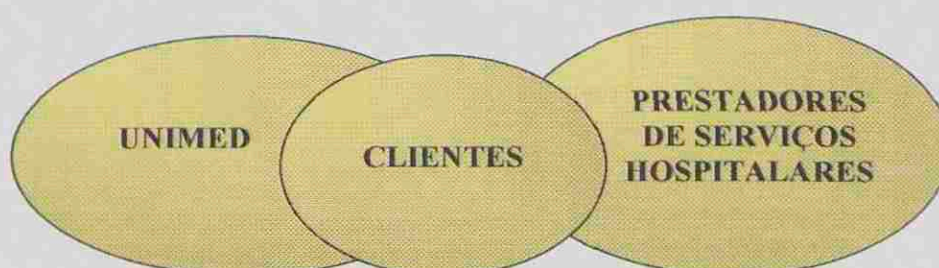
Contudo, esta estrutura para a qualidade na saúde é percebida através alguns fatores que compõe o atendimento hospitalar. Palma (1996, p. 15) caracteriza a qualidade dos serviços em saúde em seis fatores:

Quadro 4 – Os seis fatores que caracterizam a qualidade em saúde

SERVIÇO	Mão-de-Obra	Máquinas	Método	Matéria-Prima	Meio Ambiente	Medida
Hospitalar	Enfermeiros, atendentes e médicos	Equipamento médico	Técnicas de diagnóstico	Indivíduo necessitando de tratamento	hospital	Grau de sucesso no tratamento

Falando-se especificamente do trabalho desenvolvido no projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”, percebeu-se no decorrer das visitas aos clientes internados, que a questão da qualidade não depende só e exclusivamente dos Prestadores de Serviços Hospitalares. Os clientes acreditam que a qualidade dos serviços está ligada à UNIMED; ou seja, toda a credibilidade no atendimento não é vista pelos clientes como sendo mérito do Prestador Hospitalar em que está internado, mas que toda a estrutura foi preparada e/ou projetada para clientes do plano de saúde. Quando a internação supera suas expectativas, ao mesmo tempo em que são feitos elogios ao Prestador, elogiam o plano de saúde por estarem proporcionando um atendimento de qualidade. Por isto, entende-se que, assim como os Prestadores, a UNIMED também é responsável direta pela qualidade dos serviços hospitalares.

Figura 1 - Ilustração para o estabelecimento de parceria



A pesquisa realizada foi uma ⁶pesquisa-ação, onde serão descritos e analisados os dados de caráter qualitativo e quantitativo em relação à qualidade da prestação de serviço hospitalar. Assim, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados os relatórios qualitativos e quantitativos referentes às visitas feitas e aos formulários aplicados entre o aos clientes internados. Foram realizadas, em média, do mês de agosto de 2001 à junho de 2002, cerca de 500 visitas aos treze Prestadores de Serviços Hospitalares, resultando no saldo de 2.496 clientes e/ou familiares entrevistados. Destes, 946 estavam utilizando os serviços hospitalares de Prestadores de caráter estatal; e 1.550 estavam internados em Prestadores de caráter privado. Vale salientar que estes dados foram colhidos juntamente por outra estagiária que fazia parte do projeto, de agosto de 2001 à maio de 2002, assim como alguns clientes foram visitados mais de uma vez.

Quadro 5 – Hospitais, Maternidades e Clínicas da grande Florianópolis visitados pelo Projeto “Humanização No Atendimento Hospitalar”

⁷DE CARÁTER PÚBLICO	Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Nereu Ramos; Hospital Florianópolis; Hospital Regional de São José; Instituto de Cardiologia e Maternidade Carmela Dutra;
⁸DE CARÁTER PRIVADO	Clínica Santa Helena; Clínica Saint Patrick; SOS Córdio; Casa de Saúde São Sebastião e Maternidade Carlos Corrêa;
⁹DE CARÁTER FILANTRÓPICO	Hospital de Caridade

⁶ Segundo Vergara (apud FONSECA, 2002, p.44) “a pesquisa-ação é um tipo particular de pesquisa participante que supõe intervenção participativa na realidade social.”

⁷ São aqueles prestadores de serviços pertencentes ao setor estatal, gerenciados através de recursos públicos.

⁸ Prestadores de serviços hospitalares de cunho particular, gerenciados através de recursos próprios.

⁹ Prestador de caráter privado, mas que destina uma quantidade específica de leitos para o atendimento de conveniados do SUS.

4.3 A Qualidade dos Serviços Prestados de agosto de 2001 à Junho de 2002

Para avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos prestadores de serviços hospitalares, os critérios avaliados foram mensurados em quatro classificações:

1. Muito Satisfeito: a qualidade do atendimento supera as expectativas do cliente;
2. Satisfeito: o atendimento está no mínimo esperado pelo cliente;
3. Insatisfeito: algum critério no atendimento não foi de acordo com o esperado ou não atingiu as necessidades do cliente;
4. Não Utilizado: itens do critério de avaliação que não foram utilizados pelo cliente no período de internação. Como exemplo, pode-se citar o uso ou não do estacionamento do local.

Constatou-se, assim, o nível geral da qualidade dos serviços prestados:

Tabela 2 – Média do nível de satisfação dos clientes em relação à qualidade dos serviços hospitalares prestados no período de agosto de 2001 à junho de 2002.

	MUITO SATISFEITOS	SATISFEITOS	INSATISFEITOS	SERVIÇOS NÃO UTILIZADOS
PÚBLICO	23%	42%	4%	16%
PRIVADO *	37%	36%	2%	15%

- Integra-se o Hospital de Caridade neste segmento por entendê-lo como de caráter privado.

À partir da tabela acima, percebe-se que no geral, os níveis de satisfação e insatisfação entre os clientes internados em Prestadores de Serviços Hospitalares de cunho público. Os clientes que utilizaram os serviços dos Prestadores de caráter Privado não possuem um distanciamento extremo um do outro. Vale ressaltar que, após o primeiro semestre de atuação do projeto, os serviços prestados por todos os Prestadores deram saltos significativos, comparado ao seu início. Houve muita resistência por parte dos Prestadores, mas que com o tempo mostraram-se abertos à juntar forças na busca por um atendimento mais humanizado. Fonseca (2002, p. 46) demonstra os dados do primeiro semestre:

Tabela 3 - Média do nível de satisfação dos clientes em relação à qualidade dos serviços hospitalares prestados no período de maio à dezembro de 2001.

Níveis	Instituições Públicas	Instituições Privadas
Muito Satisfeito	13,47%	27,07%
Satisfeito	54,64%	40,68%
Insatisfeito	4,66%	1,77%
Não Utilizado	16,86%	15,88%

À partir dos dados gerais acima, faz-se necessário apresentar os dados em relação à quatorze itens que avaliaram a qualidade no atendimento hospitalar, no período de agosto de 2001 à junho de 2002.

Figura 2 - Avaliação da qualidade no atendimento hospitalar de Prestadores de caráter público

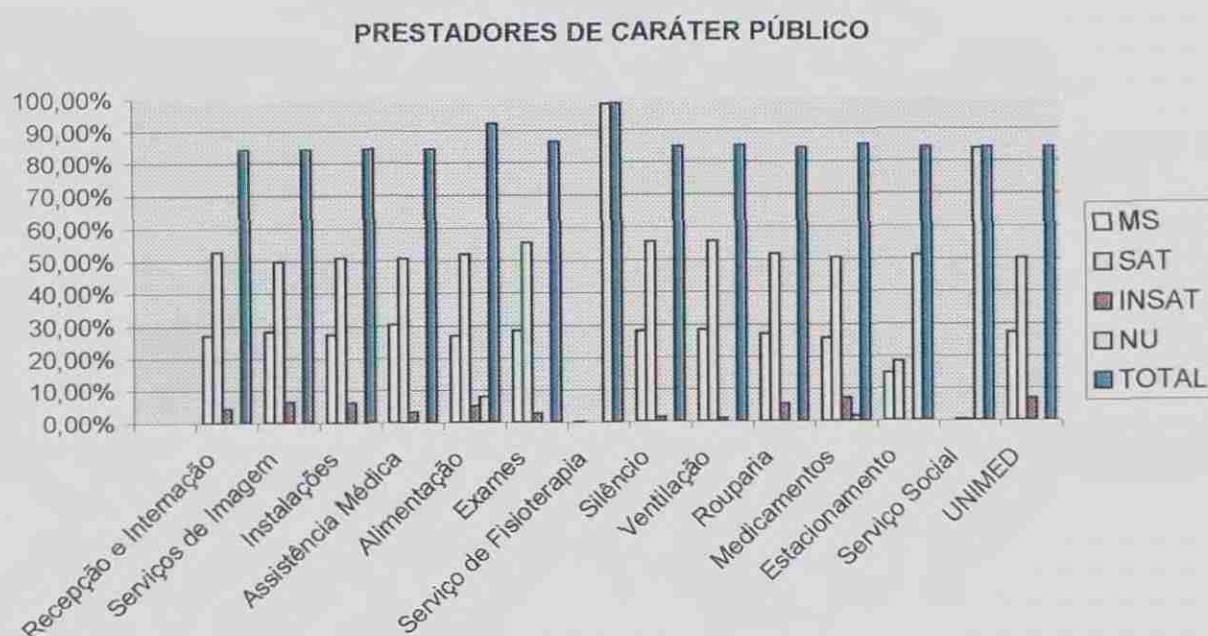
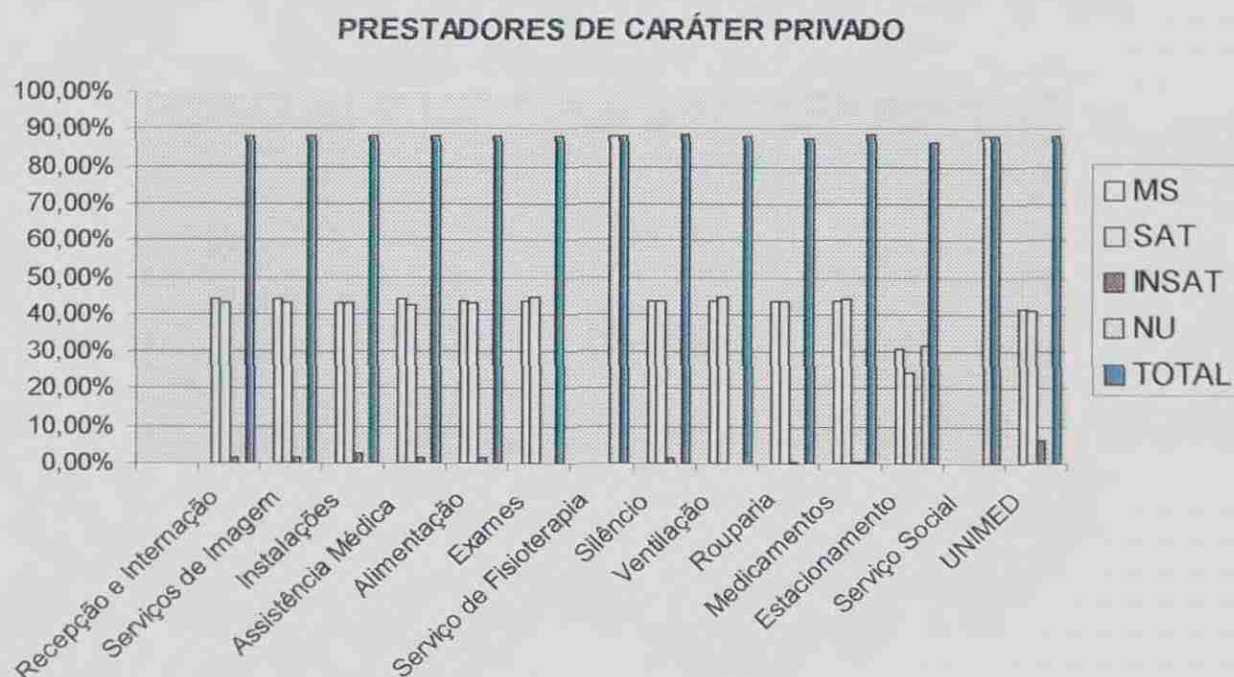


Figura 3 - Avaliação da qualidade no atendimento hospitalar de Prestadores de caráter privado



A partir dos dados apresentados, pode-se observar que:

1. Existe uma diferença considerável em relação aos quesitos de serviços de Recepção e Internação e Imagem entre as duas categorias de Prestadores. O índice de insatisfação no setor privado é menor do que no setor público. Isto provavelmente possa estar relacionado à algumas questões como: falta de condições favoráveis de trabalho e uma remuneração inadequada, entre outros aspectos. Contudo, percebe-se através dos dados que, mesmo em condições favoráveis, o setores público e privado não deixam de receber também elogios quanto ao atendimento de alguns funcionários e médicos;
2. Em relação aos itens de rouparia, medicações e instalações, percebe-se que a insatisfação maior ocorre nos Prestadores de caráter público. Isto pode demonstrar a falta de investimentos no setor, que convivem com a falta de leitos devido à

intensidade da demanda, falta de medicação, a não reposição de materiais e necessidade de reformas nas instalações;

3. No item correspondente ao atendimento do setor de Serviço Social no quadro de atividades, percebe-se que os profissionais pouco atuam frente as necessidades dos clientes de planos ou seguros de saúde privado. Dentre os seis Prestadores de caráter estatal, apenas um possui um profissional de Serviço Social na instituição, ao contrário de todos os Prestadores de cunho estatal, que possuem o trabalho do Assistente Social;
4. Os índices de insatisfação em relação ao atendimento da UNIMED dos Prestadores estatais e privados estão próximos. Isto reforça a idéia de que a Humanização deva acontecer tanto por parte dos Prestadores, quanto da UNIMED. Os clientes questionam a não autorização de certos procedimentos e pouco conhecem sobre o plano. É no momento da internação hospitalar que as dúvidas surgem, assim como a insatisfação com o plano. Um dos pontos mais abordados é a burocracia no processo de internação. Muitos clientes não residem em Florianópolis, e questionam a necessidade de deslocamento para autorização, pois na carteira da UNIMED geralmente está especificado as coberturas necessárias para internação, assim como a autorização poderia ser feita por telefone ou ter um atendente da UNIMED no Prestador;
5. Contudo, deixa-se claro que apesar de conviverem com a falta de recursos, após o início do trabalho com os Prestadores de caráter estatal, os mesmos passaram a acompanhar de perto as observações dos clientes quanto ao atendimento. Isto reverteu-se em uma margem de insatisfação menor do que na apresentada por Fonseca (2002, p. 46), que registrou no primeiro semestre do trabalho os dados apresentados na página 37. Atualmente, os Prestadores mostram-se receptivos e interessados pelo trabalho, procurando melhorar suas ações e voltar-se à um atendimento mais humanizado e com qualidade.

Através dos dados demonstrados anteriormente, coloca-se como insatisfações dos clientes os seguintes aspectos:

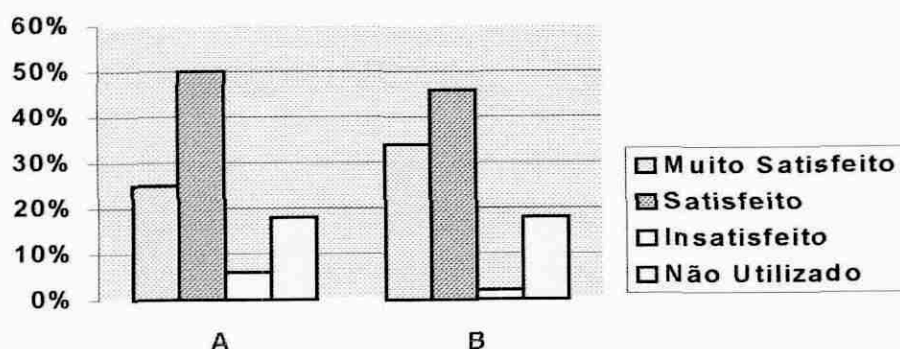
Quadro 6 – Principais aspectos que refletem na qualidade do atendimento hospitalar

	<i>Recursos Materiais</i>	<i>Recursos Humanos</i>	<i>Outros</i>
<i>E</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Instalações são precárias e desconfortáveis; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de funcionários, acarretando na demora dos serviços solicitados; 	
<i>S</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de roupas de cama; 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta qualificação para alguns funcionários; 	
<i>T</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos não são bem preparados, sem variação no cardápio e muitas vezes servidos frios; 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos responsáveis deixam os clientes sob cuidados de médicos residentes; 	
<i>A</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Péssimas condições de higiene; 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltam médicos para determinadas especialidades; 	
<i>A</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes de planos privados compartilham as mesmas dependências com conveniados do SUS, não havendo distinção no atendimento; 		
<i>L</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza das instalações nem sempre é bem feita; 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos não possuem horário fixo para visitar os clientes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco conhecimento do plano de saúde por parte dos clientes;
	<ul style="list-style-type: none"> • Não é fornecida alimentação para acompanhante; 		<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas e limites de procedimentos não levam em conta a especificidade dos motivos dos clientes;
<i>P</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas instalações coletivas não possuem banheiro, havendo um para vários clientes internados na mesma ala; 		<ul style="list-style-type: none"> • Processo de autorização de internação e procedimentos é cansativo e burocrático;
<i>R</i>			<ul style="list-style-type: none"> • São cobradas diárias de acompanhantes de quarto coletivo para pernoitarem em uma cadeira, assim como para os clientes levarem seus próprios eletrodomésticos;;
<i>I</i>			<ul style="list-style-type: none"> • São exigidas promissórias ou cheques dos clientes enquanto não é liberada a autorização;
<i>V</i>			<ul style="list-style-type: none"> • Clientes com direito à apartamento standard internados em quartos coletivos;
<i>A</i>			
<i>D</i>			
<i>O</i>			

Percebeu-se, no decorrer das visitas realizadas e através dos dados apresentados, que o grau de qualidade dos serviços dos Prestadores de caráter privado é maior em relação aos de caráter público é uma questão cultural. A insatisfação e as dificuldades ocorrem em ambos, apesar de se perceber que em relação aos recursos materiais e a qualidade dos mesmos a carência é maior no setor público. Conclui-se que, como analisado no primeiro capítulo, isto possa ser resultado da falta de investimentos no setor público, entre outros fatores. Percebe-se também, que dentre alguns Prestadores de Serviços Hospitalares, sua administração é feita por médicos que compõem o quadro de modalidades do sistema suplementar de assistência à saúde.

Percebeu-se também a diferença existente no gerenciamento dos recursos entre os hospitais de caráter estatal. Em um deles, os recursos materiais e humanos praticamente supriam as necessidades dos clientes internados. Vale ressaltar, no entanto, que a demanda e as especialidades de atendimento são maiores e mais abrangentes no prestador de A, do que no prestador B. Em comparação entre este e outro, temos:

Figura 4 – Gráfico comparativo da qualidade entre dois Prestadores públicos



Contudo, a busca pela Humanização no Atendimento Hospitalar e na satisfação dos clientes na utilização dos serviços coloca em evidência questões em comum existentes entre os Prestadores e a UNIMED Florianópolis. Como resolver as dificuldades encontradas pelos clientes? Que possíveis encaminhamentos a UNIMED Florianópolis poderia articular

com os Prestadores referentes as dificuldades existentes por eles, em prol dos clientes, através da concretização da filosofia cooperativista?

Para estas questões, no tópico seguinte, traz-se uma sugestão de parceria entre ambos, na busca pela Humanização e qualidade dos serviços oferecidos tanto pelos Prestadores quanto pela UNIMED Florianópolis.

4.4 A Parceria em prol da Humanização: sugestões à UNIMED Florianópolis.

Segundo ¹⁰Ferreira (1988, p. 375), “**Parceria** s.f. Reunião de pessoas que visam a interesse comum; sociedade.” Atualmente, as organizações, por mais estruturadas e independentes que sejam, há sempre aspectos no dia-a-dia que fogem do seu parâmetro de ações. A competitividade, as novas exigências vivenciadas através de mudanças políticas, econômicas e sociais não deixam escapar a necessidade de ampliação de horizontes e somatório de forças, mesmo porque a complexidade das demandas sociais andam em movimentos cíclicos, renovando sempre suas necessidades. Para isso, o estabelecimento de parcerias torna-se fundamental no sentido de “juntar-se forças” em prol do desenvolvimento de uma nova realidade. Esta necessidade/relação ou processo de cooperação/parceria é denominado por Austin (2001, p.25) de sinergia. O autor argumenta que

As instituições sem fins lucrativos realizam também as sinergias oriundas de cooperações que reúnem capacidades complementares de duas ou mais instituições. Organizações – sejam elas sem fins lucrativos, com fins lucrativos sejam governos – com capacidades complementares tornam-se capazes de realizar mais em conjunto do que separadamente. Um tipo relacionado de cooperação concentra-se na interdependência inevitável, o conceito que afirma que nenhuma entidade isolada possui todos os elementos necessários para abordar com eficácia uma necessidade social identificada. Quando não se pode prosseguir sozinho e ter sucesso, a cooperação torna-se um pré-requisito para a eficácia.

¹⁰ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 19[?]. p. 380..

O autor ainda argumenta que o estabelecimento destas parcerias está intrinsicamente ligada ao envolvimento e ao comprometimento de pessoas com suas funções. “A cidadania corporativa resume-se em pessoas trabalhando e fazendo com que as coisas aconteçam. Nem sempre se trata de dinheiro. Dinheiro não trabalha e não tem idéias. É preciso ter pessoas.” (AUSTIN, 2001, p.66).

Outra forma encontrada também para estabelecer uma união em prol de um objetivo comum é denominada, de acordo com Noletto (2000, p.15), de Aliança Estratégica. Apesar de diferentes características, a Aliança e a Parceria possuem em sua essência aspectos semelhantes, como coloca o autor:

Uma aliança social estratégica distingue-se de uma parceria. A lógica da parceria é a da intercomplementaridade de recursos e capacidades entre as organizações parceiras. Já na aliança, organizações que poderiam atuar de forma independente diante de uma determinada questão decidem fazê-lo conjuntamente, motivadas pela consciência da magnitude e complexidade da ação a ser empreendida e, principalmente, pela constatação de que as organizações aliadas compartilham crenças e valores, pontos de vista e interesses que as levam a ter um posicionamento estratégico comum diante de uma determinada realidade.

Portanto, novos modelos, seja eles entre setores públicos ou privados, surgiram para o estabelecimento de parcerias. Bernareggi (*apud* SILVA, 1997, p. 33), identificou três tipos de gestão na parceria entre o setor estatal e o privado:

- **Gestão Pública Corrigida:** administração pública financia e gere a prestação do serviço, incorporando aspectos do setor privado em sua gestão, através de consultoria ou participação na estrutura jurídica;
- **Gestão Delegada Mista:** administração pública e o setor privado participam da gestão;
- **Gestão Delegada Pura:** a administração pública promove e garante a efetivação de atividades de sua competência, mas a realização e gestão ficam com um agente privado;

O autor acredita, contudo, que o estabelecimento destas parcerias venha a mudar e/ou a acrescentar algo que não encontra-se em ambos. No entanto, Silva (1997, p. 36), identificou que é necessário, para qualquer modelo escolhido para o estabelecimento de parcerias, o amparo jurídico em três formas:

Quadro 7 – Modelos jurídicos para estabelecimento de parcerias

<p style="text-align: center;">ENTIDADES PARAESTATAIS DE COOPERAÇÃO</p>	<p>Pessoas jurídicas de direito privado, cuja criação depende de autorização por. São entes auxiliares do Estado, com patrimônio público ou misto, para a realização de obras ou para prestação de serviços de interesses coletivo, sob normas e controle do Estado. Essas organizações tem sido chamadas “Fundações de Apoio”, porque foram criadas como resposta à necessidade de que o Estado contasse com apoio específico para o gerenciamento de equipamentos públicos. Na área da saúde, essas instituições são vocacionadas para o gerenciamento de equipamentos de alta complexidade, de produção de insumos, hospitais e de referência regional.</p>
<p style="text-align: center;">CONTRATUALIZAÇÃO</p>	<p>Parcerias estabelecidas com base em contratos negociados e específicos. Trata-se de uma modalidade que possibilita a escolha de parceiros privados mais adequados às peculiaridades do serviço a ser prestado.</p>
<p style="text-align: center;">CONCESSÕES</p>	<p>Delegação à particulares de serviços públicos</p>

Para a parceria resultar em “bons frutos” para ambas as partes, é necessário que anteriormente se assegure uma “Compatibilidade Estratégica” (AUSTIN, 2001, p. 69), que é definida a partir de aspectos como: entrelaçamento de missões através de valores em comum; centralidade estratégica e a verificação de necessidades e capacidades existentes.

No caso da UNIMED Florianópolis e os prestadores de serviços, toda a abordagem até então feita, verifica-se que o conceito que melhor se encaixa é realmente o da parceria, pois nem os Prestadores, nem a UNIMED aparentemente não possuem estrutura de agirem independentemente, embora perceba-se que há uma necessidade de compartilhar suas missões. Certamente, se caso a UNIMED possuísse seu próprio espaço físico hospitalar, poderia se pensar de outra forma. No presente, as cláusulas dos contratos UNIPLAN e UNIFLEX contemplam a cobertura de internações e procedimentos cirúrgicos, que na região da grande Florianópolis podem ser feitas nos hospitais e/ou clínicas da rede pública ou privada. Esta torna-se uma situação, de um certo modo, de apoio entre as duas partes, incluindo-se assim uma parceria com gestão delegada mista, através da contratualização. Tem-se conhecimento de que além das diárias hospitalares cobradas dos planos ou seguros de saúde privados serem superiores às cobradas do SUS, o que, para certos Prestadores, auxilia (ou até mantém) a receita dos mesmos, os clientes dos planos de saúde privados são uma parte significativa da demanda.

Para o estabelecimento de parcerias, não basta apenas detectar as carências e/ou deficiências dos Prestadores através do estabelecimento de um canal de comunicação com o cliente hospitalizado, sem oferecer alternativas que auxiliem os prestadores à contornar tais situações. A princípio, o contrato existente entre a UNIMED e os Prestadores de Serviços Hospitalares pode ser visto como um primeiro passo para a existência de uma parceria. No entanto, as necessidades e as demandas se modificam. Isto é discutido por AUSTIN (2001, p. 34) como sendo a necessidade de um processo de continuidade e aprimoramento da parceria estabelecida. O autor denomina como sendo o Continuum da Colaboração, onde a parceria estabelecida passa por três estágios distintos:

Quadro 8 – Estágios do Continuum da Colaboração proposto por Austin

FILANTRÓPICO	TRANSACIONAL	INTEGRATIVO
Relação de doador e donatário, limitado apenas à	Existe uma troca de recursos (materiais, conhecimento,	Aumenta a magnitude e a forma de intercâmbio de

doação de recursos.	etc), beneficiando ambos.	recursos, e as atividades conjuntas expandem-se. O valor existente para cada parte evolui, tornando-se um valor comum para ambos.
---------------------	---------------------------	---

Antes de se identificar o perfil da parceria existente, faz-se necessário que cada parte aja internamente. Isto significa, para a UNIMED ter e dar atenção já no momento da compra do plano feita pelo cliente, com a devida atenção aos seus objetivos. Os clientes, no momento da compra, não estão apenas estabelecendo um mero contrato de prestação de serviços: a questão qualidade em saúde está intrínseca neste contexto.

Segundo uma estatística levantada pelo Departamento de Cadastro da UNIMED Florianópolis, no ano de 2000 houveram 32.290 inclusões de novos clientes na UNIMED Florianópolis; em contrapartida houveram 32.219 clientes que deixaram o plano neste ano. No ano seguinte, 24.163 clientes foram inclusos no plano e 5.695 deixaram de ser clientes. Isto totaliza um saldo de 56.453 inclusões e 37.914 exclusões de clientes. Não se trata de uma diferença significativa, pensando-se que destes novos clientes inclusos possam ser funcionários e seus dependentes de empresas que oferecem o plano de saúde como benefício. Percebe-se uma rotatividade de clientes, em um prazo médio de cinco anos. Através de questionamentos ao Departamento de Atendimento ao Cliente da UNIMED Florianópolis, em relação às reclamações dos clientes, isto pode ser resultado de alguns fatores como:

- **Pouca satisfação com o plano:** no momento da venda do plano, o fator quantidade deixa de lado uma boa explanação do contrato, principalmente no que diz respeito aos procedimentos não incluídos, assim como seus limites. Outro ponto seria a forma adotada pelos agentes de comercialização não tem sido o suficiente para esclarecer ao cliente, no momento da compra, sob o processo de internação e as relações entre a UNIMED e os Prestadores de Serviços Hospitalares, tanto de caráter público quanto privado, seja de clínicas ou hospitais. Ilustramos com o depoimento de uma cliente no momento da entrevista

quando eu fui na UNIMED, falaram que meu plano era o melhor que tinha, todo completo. Pago tão caro por ele pra ter conforto e agora não tenho direito ao melhor quarto do hospital. Aquele outro tem frigobar e ar-condicionado, e se eu quiser trazer ventilador vou ter que pagar pra usar a luz. (informação verbal de cliente internada no Hospital de Caridade)

- **Outros motivos:** neste caso, pode ser um funcionário que perdeu o benefício; clientes que mudaram de cidade, e decidiram transferir o plano para a cidade atual; ou também devido ao cliente vir à óbito.

À partir disto, Cohn (1991, p. 93) discute a utilização dos serviços partindo do ponto de que

a acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional entre as 'resistências' que são oferecidas pelos próprios serviços – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam – e o 'poder de utilização' que se forma através de experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforme o seu perfil de demanda.

Através dos dados analisados e das características observadas pelos clientes internados nos hospitais e clínicas quanto ao atendimento prestado por estes, assim como da UNIMED Florianópolis e demais singulares brasileiras, pretende-se sugerir alternativas com o intuito de estabelecer uma parceria entre ambos, resgatando a sugestão de intervenção do Serviço Social proposta por Fonseca (2002, p.), que aborda três formas de ações de intervenção: de caráter emergencial, de educação e informação em saúde e planejamento e assessoria.

Assim sendo, coloca-se como estratégias:

A) Da própria gerência interna:

1. **Priorizar as necessidades dos clientes através de um acompanhamento estruturado:** aqui, sugere-se a idéia de ter o cliente como sendo a razão de ser da

cooperativa. Portanto, é necessário buscar estratégias que demonstre confiança, credibilidade e lealdade ao cliente, para que este esteja sempre satisfeito com os serviços oferecidos pela cooperativa. Cada cliente possui uma realidade diferente. Aqueles que usam o plano de pré-pagamento, principalmente, precisam de uma atenção particular. O preço pago pelo plano varia de R\$ 60,00 à R\$ 1.000,00, dependendo da idade e coberturas escolhidas. No entanto, um procedimento de alto ou médio custo utilizado após alguns anos de pouca utilização do plano, não é levado em conta a quantidade paga e os valores de procedimentos utilizados. A UNIMED Florianópolis possui deve criar condições de avaliar cada caso no momento de autorizar um procedimento. Sugere-se como estratégias:

- a) a implantação através do Departamento de Faturamento, um sistema onde cada cliente teria uma senha, que constaria o pagamento anual do plano e os procedimentos utilizados a cada ano. Isto seria articulado como um “extrato bancário”, constando depósitos e retiradas. *Cada cliente estaria ciente no momento de ser negado um procedimento, assim como faria juz a necessidade da utilização do plano;*
- b) realizar periodicamente uma avaliação dos serviços oferecidos pela UNIMED, através de um questionários contendo questões abertas e fechadas, avaliando a satisfação quanto: coberturas contratuais, atendimento prestado pelos funcionários e médicos, preços dos planos, entre outros pontos que auxiliariam e contribuiriam na melhoria do atendimento, assim como tornaria os clientes colaboradores diretos nas ações da cooperativa;
- c) fornecer um folder informativo aos clientes, através de uma linguagem simples e fácil, explicando os tipos existentes de contratos e suas siglas, suas coberturas e não coberturas, limites, o que são prestadores credenciados e cooperados, locais onde estão disponibilizados os serviços garantidos no contrato, entre outros;

2. **Interação entre as ações do Departamento de Vendas, Desenvolvimento Cooperativista, Recursos Humanos, Associação dos Funcionários da UNIMED Florianópolis – AEMED e a Cooperativa dos Usuários da UNIMED - USIMED:** aqui, sugere-se articular o projeto com as ações dos Departamentos de Vendas, Desenvolvimento Cooperativista, Recursos Humanos e AEMED, na busca de uma

percepção dos funcionários e médicos quanto ao significado do cliente nas ações da cooperativa.

Propõe-se também uma articulação com a USIMED no fornecimento de medicações que faltarem aos clientes internados. Esta ponte poderá também ser feita diretamente entre os Prestadores e a USIMED, por intermédio da UNIMED Florianópolis, através da distribuição de medicamentos que forem necessários;

3. **Agilidade nas autorizações de Intercâmbio:** nesta proposição, articularia-se com a administração e direção da UNIMED Florianópolis, uma estratégia para se agilizar as autorizações de outras singulares, especialmente da Federação Paulista;
4. **Revisão dos contratos de prestação de serviços hospitalares:** esta sugestão visa detalhar melhor os deveres e responsabilidades, tanto dos Prestadores, quanto da UNIMED Florianópolis. Como exemplo, cita-se a necessidade de se contemplar o que irá conter nas instalações oferecidas aos clientes (como aparelhos eletrodomésticos), assim como especificar os tipos de acomodações existentes nos Prestadores.

B) Com os Prestadores:

1. **UNIMED e os Prestadores:** este seria um primeiro passo para o estabelecimento de uma parceria entre ambos, assim como para a Humanização no Atendimento. Resultaria no “ir além” dos parâmetros apenas contratuais de troca de serviços. Acompanhar de perto as dificuldades e as carências dos Prestadores, auxiliando da melhor forma possível. Articula-se a proposta de reuniões e debates com os Prestadores, trocando idéias e sugestões. Pensa-se em um posto da UNIMED em cada Prestador, ou na capacitação e treinamento dos próprios funcionários dos Prestadores no uso do sistema SIAMED, o sistema utilizado pela UNIMED para autorização de procedimentos.
Como nem todos os Prestadores possuem seu sistema informatizado, com relação de clientes existentes; a UNIMED, através do seu Departamento de Processamento de Dados, disponibilizaria um funcionário para a criação de um sistema, que organizaria os cadastros e desburocratizaria o sistema internação.

Várias outras alternativas podem ser articuladas com os Prestadores, mediante as suas necessidades. Os próprios funcionários dos Prestadores, nas reuniões e debates sugeridos anteriormente, podem estar colocando suas sugestões e formas de como operacionalizá-las;

2. **Uso dos programas e projetos existentes com os Prestadores:** neste item, coloca-se à disposição dos Prestadores os projetos disponibilizados pela UNIMED, mencionados no capítulo anterior, como o Caminhar UNIMED, o Saúde em Forma e o Saúde Ocupacional, entre outros;
3. **Estimular a prevenção:** juntamente com a Secretaria de Saúde, a UNIMED estimularia a prevenção da saúde da população. Através do projeto Caminhar UNIMED e o Ciclo de Palestras, envolveria o Conselho Municipal de Saúde na busca da prevenção da saúde. Neste caso, os médicos cooperados poderiam colaborar através de consultas médicas e palestras explicativas;
4. **¹¹Cartilha dos Direitos do paciente:** todo paciente tem o direito de saber sobre seu diagnóstico e o processo da cura; assim como de suas responsabilidades e deveres. Por isso, um projeto articulado com a Secretaria Estadual e Municipal da Saúde e os Conselhos de Direito, formularia-se uma cartilha que estaria disponível em todos os hospitais e clínicas da Região de Florianópolis.

A articulação destas propostas no propósito de uma parceria entre a UNIMED Florianópolis e os Prestadores de Serviços Hospitalares, na busca pela Humanização no Atendimento, foi percebida como um benefício para ambos. Este benefício vem através da satisfação dos clientes no uso dos serviços oferecidos. Nenhuma delas esteve vinculada à uma ouvidoria ou fiscalização dos Prestadores. A constatação de que eles possuem pontos negativos no seu atendimento já foi feita. Agora, faz parte da UNIMED Florianópolis colocar-se à disposição para somarem forças em defesa dos clientes, que são comuns à ambos.

¹¹ Anexo 2 – Cartilha dos Direitos do Paciente

Assim, a UNIMED seguiria sua filosofia que preconiza a ajuda mútua e preocupação com a comunidade em que está inserida, pois, por mais que sua meta seja atingir a qualidade do atendimento aos seus clientes, automaticamente estará atingindo à toda a população usuária dos Prestadores de Serviços Hospitalares.

Conforme já mencionado anteriormente no trabalho, reforça-se a sugestão de Fonseca (2002, p.49), da contratação, por parte da UNIMED Florianópolis, de um profissional de Serviço Social o qual seria responsável por esta conexão, pois além de ter-se demonstrado o pouco acesso dos clientes ao Serviço Social dos Prestadores, o trabalho mostrou-se necessário e distinto das atividades desenvolvidas pelos outros segmentos do Departamento de Atendimento ao Cliente.

Este, contudo, seria o primeiro passo para a efetivação do projeto, que ao longo da suas atividades, demonstrou boa aceitação desde seu início por parte dos clientes e necessário na estrutura de atividades da UNIMED Florianópolis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde, no decorrer de sua construção histórica, demonstrou ser um tema complexo e inacabado. Concluiu-se que sua complexidade não significa até onde manifesta-se a intervenção pública na garantia dos serviços de saúde ou à inserção do setor privado e suas abrangências, mas sim na concretização das questões da igualdade de acesso, eficácia dos serviços de saúde e, acima de tudo, o reconhecimento e consolidação destas como condição básica de cidadania e exercício do direito.

Pretendeu-se demonstrar no decorrer do trabalho que, apesar de cada um com sua particularidade, os setores público e privado podem assegurar juntos a assistência à saúde para a população, sem necessariamente seguir a lógica de privatização. Isto significa não apenas delegar responsabilidades públicas à iniciativa privada ou vice-versa, mas aproximar suas ações visando maximizar os serviços de saúde.

A contextualização e a reflexão sobre o sistema cooperativista atual foi a maior preocupação tida neste trabalho. Inserido no setor privado, procurou-se resgatar e discutir a sua filosofia na prática atual da cooperativa de trabalho médico e sua postura frente à discussão da mercantilização da saúde. Pretendeu-se argumentar, de certa forma, o que Holyoake (2002, p. 45) discute

“A primeira e mais importante causa do milagre realizado pelos cooperadores de Rochdale foi o seu bom senso de permanecerem sempre unidos e de se conservarem, mesmo tendo opiniões diferentes, fiéis ao seu vínculo social.”

Portanto, como objetivos expostos para este trabalho, a articulação de proposta de parceria entre a UNIMED Florianópolis e os Prestadores de Serviços Hospitalares colocou-se como sendo inovadora e necessária, percebida no decorrer das visitas feitas aos clientes, junto aos Prestadores. Procurou-se elaborar uma proposta na qual

contribuísse significativamente não somente para a UNIMED Florianópolis e os Prestadores, mas sim para os clientes que merecem a humanização e a qualidade no atendimento. Pensou-se na parceria como investimento, não como sendo um gasto, pois deixou-se claro que apoiar uns aos outros, através da parceria, é necessário e somente traz benefícios principalmente para o cliente, como a satisfação e segurança com a cooperativa na utilização dos procedimentos e serviços.

É de suma importância ressaltar algumas limitações principalmente no decorrer da prática de estágio. Primeiramente, deixar claro que as ações desenvolvidas no projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar” não tinham a prioridade de fiscalização ou ouvidoria, como proposto no seu início, ainda é uma questão resistente ao entendimento de algumas pessoas. Esse projeto traz consigo a necessidade de se estabelecer uma aproximação entre a cooperativa e os clientes, tendo em vista que percebeu-se ser no momento da internação hospitalar que surgem as dúvidas e os questionamentos quanto ao plano de saúde. Este momento é, portanto, a concretização dos serviços buscados pelos clientes, ou seja, a materialização do plano de saúde no sentido do atendimento, da atenção e da operacionalidade e do uso dos serviços. A imagem que a Cooperativa conota é de ser uma referência para a comunidade em que está inserida. No entanto, o cliente, seja em qualquer Prestador de Serviços (hospitalar ou não), sente uma estranheza, distanciamento e dificuldade em reconhecer a mesma UNIMED que comercializa planos e assegura serviços de saúde com qualidade. Ele analisa e correlaciona o atendimento prestado com a proposta de efetivação do plano de saúde. Se o atendimento é satisfatório, é a eficácia e competência do plano de saúde no acesso aos serviços; ao contrário, questiona o preço pago pelo plano de saúde e protesta por não ter suas expectativas e necessidades atendidas num nível igual ou superior ao desejado, assim como seus direitos garantidos contratualmente.

Um segundo ponto foi a dificuldade de se trabalhar e estudar a relação existente entre a UNIMED Florianópolis e os Prestadores, quando os clientes buscavam pelos serviços hospitalares. A aproximação com os funcionários dos Prestadores, assim como o desenvolvimento do trabalho foi desamparador, árduo, cansativo e, em alguns momentos, assustador. Obter a confiança foi um dos caminhos mais exaustivos deste processo, porém, após adquirida, foi o momento mais recompensador. Procurou-se adquirir conhecimento através da leitura de contratos, e buscar respostas para questões

como “Qual a relação existente entre a UNIMED e os Prestadores e o que a Cooperativa pensa deles?” e “Qual a importância do cliente para a UNIMED?” foram parte constante no decorrer do estágio. Conviver e compreender a realidade e a rotina de um hospital foi algo que propiciou, além de um engrandecimento pessoal e profissional, uma enorme paixão e dedicação pelo projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”. O semblante de felicidade e satisfação no rosto de cada cliente foi uma prova incontestável de que este trabalho deve permanecer.

Finalmente, deixa-se registrado a necessidade de ter um profissional que atue exclusivamente frente ao projeto. É necessário lhe atribuir uma autonomia frente às questões em relação aos Prestadores e à UNIMED, sendo responsável pela parceria aqui pretendida.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

AIDAR, Marcelo Marinho. **Qualidade humana**: as pessoas em primeiro lugar. São Paulo: Maltese, 1995.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível na Internet <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em agosto de 2002.

AUSTIN, James E. **Parcerias**: fundamentos e benefícios para o terceiro setor. São Paulo: Futura, 2001.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org). **BRASIL**: radiografia da saúde. São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

_____. **Planos Privados de Saúde**: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de saúde coletiva, [199-].

BENATO, João Vitorino Azolin. **O ABC do cooperativismo**. São Paulo: Instituto de Cooperativismo e Associativismo, 1994.

BRAGA, José C. de S; SILVA, Pedro L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org.). **BRASIL**: radiografia da saúde. São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: CRESS 12ª Região. **Coletânea de Leis**. Florianópolis, 1996. p. 111.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1998.

_____. **Legislação Cooperativista**. Lei 5.764 de 16 de dezembro 1971.

_____. **Regulamentação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde**. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

_____. Código de Ética do Assistente Social. Resolução CFESS n. 290/94 e 293/94 de 13 de março de 1993. In: CRESS 12ª Região. **Coletânea de Leis**. Florianópolis, 1996. p. 09.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. **II Manual de Referência das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED**. São Paulo, 2001.

COHN, Amélia e et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONTREIRAS, Djalma Chastinet. A filosofia e a prática. In: MEMORIAL UNIMED 25 ANOS. **Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio**. São Paulo: Cartaz, 1992. v.3.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED DO BRASIL. Disponível na Internet <<http://www.unimed.com.br>> Acesso em julho de 2001.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED FLORIANÓPOLIS. Disponível em <<http://www.unimedflorianopolis.com.br>> Acesso em julho de 2001.

DOMINGUES, Simone. **Satisfação e motivação no trabalho e a relação com o atendimento prestado**: um estudo de caso. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DUARTE, Cristina M. R. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico UNIMED. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org). **BRASIL: radiografia da saúde**. São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

FARIAS, Luís Otávio. **Estratégias individuais de proteção à saúde**: um estudo da adesão ao sistema de saúde complementar. Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais – Fundação Oswaldo Cruz, [199-].

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 19[?]. p. 380.

FONSECA, Poty Colaço. **O Serviço Social e a Humanização do Atendimento ao Cliente Hospitalizado**: uma proposta para a UNIMED Florianópolis, 2002. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HOLYOAKE, George Jacob. **Os 28 tecelões de Rochdale**. Porto Alegre: WS Editor, 2002. Série Saber/Fazer UNIMED RS.

LAIDLAW, A.F. **As cooperativas no ano 2000**: relatório da Aliança Cooperativa Internacional – ACI, apresentado no XXVII Congresso de Moscou 1980. Minas Gerais: OCEMG, 19[?]. (Coleção Ato Cooperativo).

LUZ, Newton Wiethorn da. **Análise da gestão de uma cooperativa de trabalho médico através do processo decisório**: um estudo de caso da UNIMED – Fpolis. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Departamento de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

MEMORIAL UNIMED 25 ANOS. **Cooperativismo médico**: a história e o êxito de um ideal. São Paulo: Cartaz, 1992. v.1.

Cooperativismo médico: o sistema e suas singulares. São Paulo: Cartaz, 1992. v.2.

Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio. São Paulo: Cartaz, 1992. v.3.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: J.C. Mezomo, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 22, n. 65, mar. 2001.

NOLETO, Marlova Jovchelowitch. **Parcerias e Alianças estratégicas**: uma abordagem prática. São Paulo: Global, 2000. (Coleção Gestão e Sustentabilidade).

O'DONNELL, Ken. **Raízes da Transformação**: a qualidade individual como base da qualidade total. [S.I]: Casa da Qualidade, [1990?]

PALMA, Anderson. **Modelo para gestão da qualidade nas organizações prestadoras de serviços**, 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento

de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RECH, Olívia. **A importância das ações do Serviço Social na UNIMED:** uma perspectiva educativa. 1996. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REIS, Carlos O. O. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org). **BRASIL: radiografia da saúde.** São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

RUIZ, Maria Alzira. **Cooperativismo:** um caminho para o desenvolvimento – Cooperativa Santanense de Lãs Ltda (1944-1964). Florianópolis: UFSC, 1982.

SANTANA, José Paranguá de. (Org). **Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.** Brasília: OPAS, 1994. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 05).

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. In: **PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO CONTINUADA PARA ASSISTENTES SOCIAIS.** Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2000.

SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Brasília: Imprensa Nacional, 1998.

SERRA, Rose M. S. **Crise de materialidade no Serviço Social:** repercussões no mercado profissional. São Paulo: Cortez, 2000.

SESCOOP. **Curso Básico de Cooperativismo:** Cooperativismo, caminho para a democracia e a paz. Brasília: COOPERGRAF, 2001. Programa Cooperjovem.

SILVA, Álvaro da. et al. **Novas formas de gestão dos serviços públicos: a relação público-privada**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: **PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO CONTINUADA PARA ASSISTENTES SOCIAIS**. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2000.

SILVA, Rebeca Ribeiro e WALLNER, Silvia D. **UNIMED Florianópolis: Cooperativismo – Sistema UNIMED**. Departamento de Desenvolvimento Cooperativista, 199[?]. Apresentação de Slides.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M.^a Ribeiro. **Direito à saúde: discurso, prática e valor - Uma análise nos países do Mercosul**. Florianópolis: Departamento do curso de graduação em Serviço Social, 1999. Mimiografado.

SOARES, Kelly Mattos. **O Serviço Social na UNIMED: uma proposta de humanização no atendimento prestado**. 2001. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

UNIMED DO BRASIL. **Manual de Intervenção do Serviço Social nas UNIMED's**. São Paulo, 1997.

WALLNER, Silvia. **Projeto Humanização no Atendimento Hospitalar**. Florianópolis: UNIMED Florianópolis, 1999. (projeto do Departamento de Desenvolvimento Cooperativista).

ANEXOS

**Avaliação da Qualidade do
Serviço Hospitalar**

Nome		Idade	Sexo
Médico	Especialidade	Hospital/Clinica	

Este questionário tem a finalidade de avaliar o grau de satisfação do cliente Unimed, bem como a qualidade dos serviços prestados nos hospitais e clínicas conveniadas a Unimed.

RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO

Rapidez no atendimento e cordialidade dos funcionários:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

SERVIÇOS DE IMAGEM

Cordialidade da equipe, rapidez no atendimento dos chamados:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

INSTALAÇÕES

Higiene e limpeza; conforto; aparência do prédio; departamentos; quartos; corredores, etc.:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Qualidade do atendimento do médico e tempo de espera para ser atendido:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

ALIMENTAÇÃO

Apresentação, quantidade, qualidade, temperatura, eficiência da equipe:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

EXAMES

Radiologia, ECG, Laboratoriais, outros exames:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Cordialidade da equipe e rapidez no atendimento:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

8. SILÊNCIO

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

9. VENTILAÇÃO

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

10. ROUPARIA

Qualidade, higiene, troca:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

11. MEDICAMENTOS

Troca, atendimento:

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

12. ESTACIONAMENTO

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

13. SERVIÇO SOCIAL

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

14. ATENDIMENTO UNIMED

- ☐ Muito Satisfeito ☐ Insatisfeito
☐ Satisfeito ☐ Não utilizado

COMENTÁRIOS OU SUGESTÕES:

ANEXO 2 – Cartilha dos Direitos do Paciente

**Cartilha
dos
Direitos
do
Paciente**

**Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina
Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor**

**Deputado Jaime Duarte
Presidente**

EM DEFESA DA SAÚDE

Como Deputado e Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa, chama-me atenção o nível de deficiência de informação do cidadão em relação aos seus direitos básicos.

Com certeza absoluta se a população conhecesse mais seus direitos saberia melhor exigir respeito e dignidade nos vários momentos em que é ignorada e humilhada por quem na prática deveria servir, vez que é remunerado para tanto.

Creio ser importante divulgar através desta cartilha direitos tão fundamentais como estes, para que possam ser conhecidos e exigidos. Acredito que esta cartilha é um serviço no exercício da cidadania.

Florianópolis, 26 de junho de 2000.

Deputado Jaime Duarte

Presidente da Comissão de
Direitos Humanos e Defesa do Consumidor

Em Contato Conosco

A Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor é um instrumento no parlamento catarinense a serviço da cidadania. Você pode utilizar este espaço para encaminhar pleitos, reclamações e sugestões.

Entre em contato conosco:

**Assembléia Legislativa do
Estado de Santa Catarina**

**Comissão de Direitos Humanos
e Defesa do Consumidor**

**Rua Jorge Luiz Fontes, 310 sala 22
CEP 88020-900 – Florianópolis/SC**

Também é possível fazer contato através do:

Fax (0xx48) 221 2736 ou através do:

e-mail: jaime@alesc.sc.gov.br

Mais informações: (0xx48) 221 2735

Direitos do Paciente

1 O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

2 O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

3 O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

4 O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

5

O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

6

O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

7

O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

8

O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

9

O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

1

O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

1

O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequadas informações. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

1 O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

1 O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

1 O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

1 O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.

1 O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.

1 O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico e não em código), datilografadas ou em letras de forma ou com caligrafia perfeitamente legível e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

1 O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

1 O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

2 O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.

2 O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

2 O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1 286 de 26/10/93 - art. 8º e nº 74 de 04/05/94).

2 O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

2 O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.

2 O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

2 O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

2 O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

2 O paciente tem o direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pezinho" para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.

2 O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.

3 O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.

3 O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

3 O paciente tem direito a uma morte digna e serena podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida

3 O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.

3 O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

3 O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

**“O paciente tem o dever
de zelar pela própria
saúde. Deve ter sempre
consigo seus documentos
e levar para as consultas
os exames, radiografias e
todo o material que
auxilie o diagnóstico.
Deve anotar todas as reações
e dúvidas que surgirem
durante o tratamento.
O paciente tem o dever de
participar do seu tratamento,
promovendo assim uma
saúde melhor para todos.”**